

Aus der Universitätsfrauenklinik des Klinikums
Charlottenburg der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. G. Kindermann

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT BEI INHAFTIERTEN FRAUEN IN BERLIN (WEST)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von
Brigitte Weingart
aus Mayen

1983

Aus der Universitätsfrauenklinik des Klinikums
Charlottenburg der Freien Universität, Berlin

Geschäftsführender Direktor: Prof.Dr.med.G. Kindermann

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT BEI INHAFTIERTEN
FRAUEN IN BERLIN (WEST)

Inaugural - Dissertation zur Erlangung der
medizinischen Doktorwürde an den Medizinischen
Fachbereichen der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von:

Brigitte Weingart
aus Mayen

Referent: Privatdozent Dr. med. Manfred Stauber

Korreferent: Prof. Dr. med. W. Rasch

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 9. August 1983



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

		<u>Seite</u>
1.0	<u>Einleitung</u>	1
1.1	Geschichte des Frauenstrafvollzugs mit besonderer Berücksichtigung von schwangeren, straffälligen Frauen	1
1.1.2	Behandlung straffälliger, schwangerer Frauen in ausgewählten Ländern	3
1.1.3	Straffälligkeit von Frauen	4
1.1.3.1	Frauen-Schwangerschaft - Strafrecht	5
1.1.4	Frauenstrafvollzug in der BRD und West-Berlin	6
1.1.4.1	Bedingungen für schwangere Frauen in den Westberliner Vollzugsanstalten	9
1.1.4.1.1	Medizinische Betreuung	9
1.1.4.1.1.1	Interne medizinische Betreuung	9
1.1.4.1.1.2	Externe medizinische Betreuung	10
1.1.4.2	Darstellung des Strafvollzugsalltags für Schwangere in den Westberliner Haftan- stalten	12
1.1.4.3	Arbeitsplatz- und Bildungsmöglichkeiten im Frauenstrafvollzug in West-Berlin	15 19
1.1.4.3.1	Angaben über Teilnahme des Untersu- chungskollektivs an Arbeits- und Bil- dungsmaßnahmen während der Haftzeit	
1.2	<u>Ziel der Untersuchung</u>	19
2.0	<u>Material</u>	20
2.1	Das Untersuchungskollektiv	20
2.1.1	Materialsuche	20
2.1.2	Materialquellen	21
2.1.3	Besonderheiten des untersuchten Kollektivs	22
2.1.3.1	SSW bei Haftantritt	22
2.1.3.2	Haftdauer	24
2.1.3.3	Heroinabhängigkeit	26

	<u>Seite</u>
2.2	Das Vergleichskollektiv 29
2.2.1	Materialquellen 30
2.2.2	Besonderheit beider Kollektive 30
3.0	<u>Methodik</u> 31
3.1	Liste der zu vergleichenden Parameter 31
3.2	Statistische Auswertung 33
3.3	Signifikanz-Überprüfung 33
4.0	<u>Ergebnisse :</u> 34
4.1	<u>Soziale Daten</u> 34
4.1.1	Altersverteilung 34
4.1.2	Berufe 37
4.1.2.1	Berufe beim Untersuchungskollektiv 37
4.1.2.2	Berufe beim Vergleichskollektiv 39
4.1.2.3	Vergleich der Berufsangaben beider Kollektive 40
4.1.3	Partus-Stand 42
4.1.4	Familienstand 42
4.1.5	Vater des Kindes bekannt/unbekannt 43
4.1.5.1	Vater des Kindes beim Untersuchungs- kollektiv 43
4.1.5.2	Vater des Kindes beim Vergleichs- kollektiv 46
4.1.5.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Vater des Kindes 47
4.1.6	Schwangerschaft erwünscht/nicht erwünscht 47
4.1.6.1	Schwangerschaft erwünscht/nicht erwünscht beim Untersuchungskollektiv 47
4.1.6.1.1	- zum Thema: Schwangerschaftsunter- brechung in den Haftanstalten 49
4.1.6.2	Schwangerschaft erwünscht/nicht erwünscht beim Vergleichskollektiv 49

	<u>Seite</u>
4.1.7	Haftgrund beim Untersuchungskollektiv 49
4.1.8	Haftdauer beim Untersuchungskollektiv 50
	= 2.1.3.1
4.1.9	SSW bei Haftantritt beim Untersuchungs- 50
	kollektiv = 2.1.3.2
4.1.10	Arbeit während der Haft 50
4.2	<u>Allgemein-anamnestische Daten</u> 51
4.2.1	Nikotin 51
4.2.1.1	Nikotin beim Untersuchungskollektiv 51
4.2.1.2	Nikotin beim Vergleichskollektiv 51
4.2.1.3	Vergleich beider Kollektive beim 52
	Faktor: Nikotin
4.2.2	Drogen 52
4.2.2.1	Drogen beim Untersuchungskollektiv 52
4.2.2.2	Drogen beim Vergleichskollektiv 53
4.2.2.3	Vergleich beider Kollektive beim 54
	Faktor: Drogen
4.3	<u>Gynäkologisch/geburtshilfliche</u> 55
	<u>anamnestische Daten</u>
4.3.1	Abort 55
4.3.1.1	Abort beim Untersuchungskollektiv 55
4.3.1.2	Abort beim Vergleichskollektiv 55
4.3.1.3	Vergleich beider Kollektive beim 55
	Faktor: Abort
4.3.2	Frühgeburt 56
4.3.2.1	Frühgeburt beim Untersuchungskollektiv 56
4.3.2.2	Frühgeburt beim Vergleichskollektiv 56
4.3.2.3	Vergleich beider Kollektive beim 56
	Faktor: Frühgeburt
4.3.3	Abruptio 57
4.3.3.1	Abruptio beim Untersuchungskollektiv 57
4.3.3.2	Abruptio beim Vergleichskollektiv 57
4.3.3.3	Vergleich beider Kollektive beim 57
	Faktor: Abruptio

	<u>Seite</u>
4.4 <u>Schwangerschaftsverlauf</u>	58
4.4.1 Teilnahme an der Schwangerenberatung	58
4.4.1.1 Teilnahme des Untersuchungskollektivs an der externen Schwangerenberatung	58
4.4.1.2 Teilnahme des Vergleichskollektivs an der Schwangerenberatung	60
4.4.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Teilnahme an der Schwangerenberatung	61
4.4.2 Spätabort	61
4.4.2.1 Abortus imminens	62
4.4.2.1.1 Abortus imminens beim Untersuchungs- kollektiv	62
4.4.2.1.2 Abortus imminens beim Vergleichskollektiv	62
4.4.2.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Abortus imminens	62
4.4.2.2 Abortus completus	63
4.4.2.2.1 Abortus completus beim Untersuchungs- kollektiv	63
4.4.2.2.2 Abortus completus beim Vergleichs- kollektiv	63
4.4.2.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Abortus completus	64
4.4.3 EPH-Gestose	65
4.4.3.1 EPH-Gestose beim Untersuchungskollektiv	66
4.4.3.2 EPH-Gestose beim Vergleichskollektiv	67
4.4.3.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: EPH-Gestose	69
4.4.4 Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung	70
4.4.4.1 Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung während der Schwangerschaft diagnostiziert	73

	<u>Seite</u>
4.4.4.1.1	73
	Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung beim Untersuchungs- kollektiv während der Schwangerschaft
4.4.4.1.2	74
	Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung beim Vergleichs- kollektiv während der Schwangerschaft
4.4.4.1.3	75
	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Plazentainsuffizienz/ kindliche Retardierung während der Schwangerschaft diagnostiziert
4.4.4.2	76
	Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung postpartal diagnosti- ziert
4.4.4.2.1	76
	Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung postpartal beim Untersuchungskollektiv
4.4.4.2.2	79
	Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung postpartal beim Vergleichskollektiv
4.4.4.2.3	81
	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Plazentainsuffizienz/ kindliche Retardierung postpartal diagnostiziert
4.4.4.3	82
	Vergleich Plazentainsuffizienz/ kindliche Retardierung während der Schwangerschaft/Plazenta- insuffizienz/kindliche Retar- dierung postpartal bei Unter- suchungs- und Vergleichskollektiv
4.4.5	84
	Übertragung
4.4.5.1	85
	relative und absolute Übertragung beim Untersuchungskollektiv
4.4.5.2	86
	relative und absolute Übertragung beim Vergleichskollektiv
4.4.5.3	87
	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: relative und absolute Übertragung

4.4.6	Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft	88
4.4.6.1	Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft beim Untersuchungs-kollektiv	88
4.4.6.1.1	Interne stationäre Behandlung beim Untersuchungskollektiv	88
4.4.6.1.2	Externe stationäre Behandlung beim Untersuchungskollektiv	89
4.4.6.2	Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft beim Vergleichs-kollektiv	90
4.4.6.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: stationäre Behandlung während der Schwangerschaft	91
4.5	<u>Geburtsverlauf</u>	93
4.5.1	Asphyxie	93
4.5.1.1	i.u. Asphyxie	95
4.5.1.2	pp. Asphyxie	95
4.5.1.1.1	i.u. Asphyxie beim Untersuchungs-kollektiv	95
4.5.1.2.1	pp. Asphyxie beim Untersuchungs-kollektiv	95
4.5.1.1.2	i.u. Asphyxie beim Vergleichs-kollektiv	96
4.5.1.2.2	pp. Asphyxie beim Vergleichs-kollektiv	96
4.5.1.1.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: i.u. Asphyxie	97
4.5.1.2.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: pp. Asphyxie	97

	<u>Seite</u>
4.5.2	OP-Entbindung 98
4.5.2.1	OP-Entbindung beim Untersuchungskollektiv 99
4.5.2.2	OP-Entbindung beim Vergleichskollektiv 99
4.5.2.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: OP-Entbindung 99
4.5.3	i.u. Fruchttod 101
4.5.3.1	i.u. Fruchttod beim Untersuchungskollektiv 101
4.5.3.2	i.u. Fruchttod beim Vergleichskollektiv 101
4.5.3.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: i.u. Fruchttod 101
4.5.4	Dammriß 103
4.5.4.1	Dammriß beim Untersuchungskollektiv 103
4.5.4.2	Dammriß beim Vergleichskollektiv 103
4.5.4.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Dammriß 103
4.5.5	Cervixriß 104
4.5.5.1	Cervixriß beim Untersuchungskollektiv 104
4.5.5.2	Cervixriß beim Vergleichskollektiv 104
4.5.5.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Cervixriß 104
4.6	<u>Nachgeburtsverlauf</u> 105
4.6.1	Plazentaretention 105
4.6.1.1	Plazentaretention beim Untersuchungs- kollektiv 105
4.6.1.2	Plazentaretention beim Vergleichs- kollektiv 105
4.6.1.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Plazentaretention 105

	<u>Seite</u>
4.6.2 postpartale Blutung	106
4.6.2.1 postpartale Blutung beim Untersuchungs- kollektiv	107
4.6.2.2 postpartale Blutung beim Vergleichskollktiv	107
4.6.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: postpartale Blutung	107
4.7 <u>Wochenbett</u>	109
4.7.1 Endometritis	109
4.7.1.1 Endometritis beim Untersuchungskollektiv	109
4.7.1.2 Endometritis beim Vergleichskollektiv	109
4.7.1.3 Vergleich beider Kollektiv beim Faktor: Endometritis	109
4.7.2 Thrombose	110
4.7.1.2 Thrombose beim Untersuchungskollektiv	110
4.7.2.2 Thrombose beim Vergleichskollektiv	110
4.7.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Thrombose	110
4.7.3 Stillen	110
4.7.3.1 Stillen beim Untersuchungskollektiv	110
4.7.3.2 Stillen beim Vergleichskollektiv	110
4.7.3.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Stillen	110
4.8 <u>das Neugeborene</u>	111
4.8.1 das rechtzeitige, eutrophe Neugeborene	111/112
4.8.1.1 das rechtzeitige, eutrophe Neugeborene beim Untersuchungskollektiv	112
4.8.1.2 das rechtzeitige, eutrophe Neugeborene beim Vergleichskollektiv	112
4.8.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: das rechtzeitige, eutrophe Neuge- borene	112
4.8.2 <u>das Frühgeborene</u>	111/115
4.8.2.1 das Frühgeborene beim Untersuchungs- kollektiv	115
4.8.2.2 das Frühgeborene beim Vergleichs- kollektiv	115

4.8.2.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: das Frühgeborene	115
4.8.3	das Mangelgeborene	111/118
4.8.3.1	das Mangelgeborene beim Untersuchungs- kollektiv	118
4.8.3.2	das Mangelgeborene beim Vergleichs- kollektiv	118
4.8.3.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: das Mangelgeborene	120
4.8.4	das Übertragene	111/122
4.8.4.1	das Übertragene beim Untersuchungs- kollektiv	122
4.8.4.2	das Übertragene beim Vergleichs- kollektiv	122
4.8.4.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: das Übertragene	122
4.8.5	das Neugeborene mit Überreife- syndrom	111/125
4.8.5.1	das Neugeborene mit Überreife- syndrom beim Untersuchungskollektiv	125
4.8.5.2	das Neugeborene mit Überreife- syndrom beim Vergleichskollektiv	125
4.8.5.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: das Neugeborene mit Überreife- syndrom	125
4.8.6	Gegenüberstellung: rechtzeitige, eutrophe Neugeborene - regelwidrige Neugeborene	128
4.8.7	Krankheiten der Neugeborenen	130
4.8.7.1	Krankheiten der Neugeborenen beim Untersuchungskollektiv	130
4.8.7.2	Krankheiten der Neugeborenen beim Vergleichskollektiv	131
4.8.7.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Krankheiten der Neugeborenen	134

4.8.7.3.1	Angeborene Fehlbildungen bei den Neugeborenen beider Kollektive	134
4.8.7.4	Perinatale Säuglingssterblichkeit	135
4.8.8	Adoption der Neugeborenen	136
4.8.8.1	Adoption der Neugeborenen beim Untersuchungskollektiv	136
4.8.8.2	Adoption der Neugeborenen beim Vergleichskollektiv	136
4.8.8.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Adoption	136
4.9	<u>Mutter-Kind Beziehung</u>	136
4.9.1	Stillen	136
4.9.2	Adoption	136
4.9.3	Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Mutter-Kind Beziehung	136
5.0	<u>Aufstellung der signifikanten und der nichtsignifikanten Ergebnisse</u>	138
6.0	Aufstellung der Schwangerschafts-/Geburts- und Neugeborenen Komplikationen bei den Raucherinnen und Heroinabhängigen des Untersuchungskollektivs	149
7.0	<u>Diskussion</u>	152
8.0	<u>Schlußfolgerungen</u>	171
9.0	<u>Zusammenfassung</u>	174
10.0	<u>Literaturverzeichnis</u>	177

- 11.o Anhang: Tabellen, Kurven, Normalwerte,
Auszüge aus STRAFVOLLZUGSGESETZ BRD (1976)
und DDR (1977), STRAFPROZESSORDNUNG BRD (1981)
- 12.o Danksagung
- 13.o Lebenslauf

1.0

Einleitung

Über den Anteil von schwangeren Frauen in den Vollzugsanstalten in der BRD und West-Berlin z.B. in einem Zeitraum von 10 Jahren oder den aktuellen Stand gibt es keine statistischen Angaben. Die dieser Arbeit zugrundeliegende Zahl von 43 schwangeren Inhaftierten in den Westberliner Strafanstalten vom Zeitraum 1973 - 1982 und die besondere Situation dieser zukünftigen Mütter rechtfertigt eine Untersuchung, in der die medizinische Betreuung, der Verlauf der Schwangerschaft und Geburt und der Zustand des Neugeborenen Gegenstand der Untersuchungsarbeit sein soll.

1.1

Geschichte des Frauenstrafvollzugs mit besonderer Berücksichtigung von schwangeren, straffälligen Frauen

Der Strafvollzug in Deutschland vor 1913 kannte z.B. einen fakultativen Strafaufschub für Verurteilte, die sich in einem "sogestalteten körperlichen Zustand befinden, daß eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist, z.B. im Falle einer Schwangerschaft. Das Hemmnis liegt hier in der Hausordnung der Strafanstalt und dem Bedürfnis fachgemäßer Verpflegung Schwangerer und Stillender." (§ 487) Nach Freiherr zu GUTTENBERG (1913).

Das PREUBISCHE STRAFVOLLSTRECKUNGS-UND GNADENRECHT vom 1. August 1933 sieht hingegen keine Sonderregelung im Sinne einer Strafaufhebung für Schwangere und Stillende vor, wie aus § 10 Absatz 2 ersichtlich wird: "Ein erkrankter Häftling darf mit Zustimmung des Richters in eine andere für die Behandlung kranker Gefangener besonders eingerichtete Anstalt oder Abteilung oder in eine Krankenanstalt oder öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt gebracht werden; dasselbe gilt für die Überführung einer Schwangeren in eine Entbindungs- oder Krankenanstalt."



Im Alamannischen Strafrecht des deutschen Mittelalter (1000-1500 nach Christus) OFENBRÜGGEN (1860), ist in § 81 das "Richten nach Gnaden" beschrieben, wo unter anderem die Schwangerschaft als Begnadigungsgrund genannt wird oder als Aufschubgrund bei einer vorgeesehenen Hinrichtung.

Das Strafrecht der Germanen, WILDA (1842) sieht ebenfalls eine Sonderregelung für straffällig gewordene schwangere Frauen vor. Aus der "Graugans" (isländische Gesetze: "Grágás", niedergeschrieben ca. 1117 nach Christus. Sie beschreibt aber Gesetze, die ab ca. 700 nach Christus schon für die germanischen Stämme gültig waren.): Grundsätzlich werden Frauen in gleicher Weise wie Männer verurteilt. Es wird deshalb "in Beziehung auf Strafvollziehung der Fall der Schwangerschaft einer Missetäterin hervorgehoben und bestimmt, daß sie während derselben weder vor dem Urteil zur Rache noch nach der Friedloslegung sollte erschlagen werden können, und jeder sie des Friedbruches ungeachtet sollte beherbergen und speisen dürfen."

Während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland wurde erwartungsgemäß keinerlei Rücksicht auf Schwangerschaft und Mütter mit Säuglingen genommen. Sie kamen ungeachtet ihres Zustandes in Konzentrationslager und Zuchthäuser, FISCHER et al. (1940). Bei zwei politischen Häftlingen wurde die Hinrichtung bis zum Zeitpunkt nach der Geburt ihrer Kinder im Gefängnis aufgeschoben, WEISENBORN (1974).

1.1.2 Behandlung straffälliger, schwangerer Frauen in
ausgewählten Ländern

In der UDSSR wirkt eine bestehende Schwangerschaft strafmildernd. In Kuba und Kolumbien besteht die Möglichkeit, daß einer Schwangeren Unzurechnungsfähigkeit aufgrund ihrer Schwangerschaft eingeräumt wird, nach FEIGS (1971). Keine Hinweise auf Sonderbestimmungen für Schwangere lassen sich in den Strafvollzugsgesetzen von Argentinien, Chile, USA, Türkei, Dänemark, Finnland, Norwegen, Jugoslawien, Griechenland, Österreich und Schweiz, AUSLÄNDISCHES STRAFRECHT DER GEGENWART(1962), England, INSTRUMENT HALSBURY'S STATUTORY (Bd. 18) und Polen, ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE STRAFRECHTSWISSENSCHAFT (1966) finden. In Japan werden die Schwangeren lediglich in Kapitel VIII, Artikel 119 des Strafvollzugsgesetzes insofern bedacht, als sie 5 Monate nach dem Beginn der Schwangerschaft und bis zu 2 Monaten nach der Entbindung wie Kranke behandelt werden, JAPANISCHES Strafvollzugsrecht, (Bindzus).

In Paragraph 50, Kapitel VII des STRAFVOLLZUGSGESETZES der DDR (1977) wird "Schwangeren der Aufschub des Vollzugs gewährt", der "bis zum Ende des Wochenurlaubes zu gewähren ist. Er kann verlängert werden, wenn das durch einen Arzt empfohlen wird."

Bei Feststellung der Schwangerschaft erst nach Haftantritt soll unmittelbar nach der Feststellung der Schwangerschaft eine Unterbrechung des Vollzuges gewährt werden (§ 53).

Nach FINN/FRICKE (1960) sollen diese Paragraphen, die als Kannbestimmungen interpretiert wurden, bei politischen Häftlingen in der DDR keine Anwendung gefunden haben.

In Rumänien, JAHRBUCH FÜR OSTRECHT (1969), sieht das neue Strafvollzugsgesetz "Schutzvorschriften für Schwangere und niedergekommene weibliche Strafgefangene" vor. 4. Abschnitt/Artikel 16 regelt für Schwangere und Stillende sowie ihre Kinder die Verabreichung einer Sonderkost. In der Tschechoslowakei, MONATSHEFT FÜR OSTEUROPAISCHES RECHT (1967), wird in Abschnitt 8, § 3 des Freiheitsstrafvollzugsgesetzes festgehalten: "das Gericht unterbricht den Strafvollzug immer, wenn es sich um eine schwangere Frau oder um eine Frau handelt, die gerade entbunden hat, soweit ihre Gesundheit oder die Gesundheit ihres zu erwartenden Kindes durch den Strafvollzug gefährdet würde."

Zusammengefaßt läßt sich feststellen, daß in der DDR die Schwangerschaft eine Strafaussetzung bewirkt. In der UdSSR, Kuba und Kolumbien wird schon im Vorfeld der eventuell abzuleistenden Haftstrafe die Strafzumessung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gesehen.

1.1.3 Straffälligkeit von Frauen:

Insgesamt werden Frauen weit weniger straffällig als Männer. Bericht über die Situation der Frauen in Berlin (1981) = Auftragsarbeit, die der SENATOR FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND FAMILIE zur Vorlage für das Abgeordnetenhaus erstellen ließ. Der Anteil der Frauen an Inhaftierten liegt bei ca. 5% (Stichprobe vom Mai 1980). Der Anteil der Frauen an der Gesamtkriminalität beträgt nur rund 15%. FEIGS (1971), AMELUNXEN (1958), MIDDENDORF (1959), BADER (1949), HALTER (1965), HALLERMANN (1968).

Die Ursachen für die statistisch niedrige Kriminalitätsrate bei den Frauen liegt einerseits in der spezifischen Frauen-Sozialisation (Passivität, Anpassungsbereitschaft, geringes Selbstbehauptungsvermögen) und zum anderen in den frauenspezifischen Problemlösungsstrategien, die zur Bewältigung von Not- und Krisensituationen von ihnen gewählt werden, wenn ein anderer sozial akzeptierter Weg zur Veränderung ihrer Situation ihnen nicht zugänglich ist oder erscheint: Flucht aus der Realität in Krankheit, Psychopharmaka, Alkohol und Drogen. Bericht über die soziale Situation der Frau in West-Berlin, SENATOR (1981).

1.1.3.1 Frauen - Schwangerschaft - Strafrecht
- Strafrechtliche Sonderbehandlung -

Anfang des 20. Jahrhunderts wurden vereinzelt Vorschläge gemacht, eine besondere Berücksichtigung der Frau in der Strafgesetzgebung im Hinblick auf Straftatzurechnungsfähigkeit vorzunehmen. Bei der Beurteilung ihrer Straftaten sollte besonderen Wert auf die während des Begehens der kriminellen Handlung vorliegenden speziellen generativen Funktionen (Menses, Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium) gelegt werden, die möglicherweise den körperlichen und seelischen Zustand der Frau zum Tatzeitpunkt beeinträchtigt haben könnten. V. HENTIG (1930), SONDEREGGER (1924), KÖNIG (1914), SELLHEIM (1930), HELDMANN (1957), STERNFELD (1930).

Dieser Gedankengang wird im Zusammenhang mit der Differenzierung zwischen Kindestötung (STRAFGESETZBUCH § 217) und Kindesmord (§ 211 StGB)/Kindestotschlag (§ 212, 213 StGB) im heutigen Strafrecht noch Rechnung getragen: eine Kindestötung liegt nur dann vor, wenn die Tat während oder gleich nach der Geburt verübt wurde, die Frau steht dabei völlig unter dem Eindruck der Geburt bzw. ihr Delikt kann nicht vom Geburtsvorgang getrennt betrachtet werden. Zu einem späteren Zeitpunkt kommt nur noch Mord oder Totschlag in Frage.

Der § 217 StGB geht zudem noch auf die besondere Situation einer ledigen Mutter ein: "Der außergewöhnlichen Situation einer Mutter eines unehelichen Kindes, die es in oder gleich nach der Geburt tötet, wird Rechnung getragen."

Die neueste Arbeit zu diesem Thema verfaßte aus medizinischer Sicht: FEIGS (1971). Sie untersucht unter anderem mögliche Zusammenhänge zwischen physiologischen Erscheinungen bei der Frau (Mensis, Schwangerschaft, Klimakterium) und Kriminalität bzw. einzelne Deliktgruppen. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß diese generativen Vorgänge bei der Frau keinen Einfluß auf die Kriminalität haben.

1.1.4

Frauenstrafvollzug in der BRD/West-Berlin

Nach dem STRAFVOLLZUGSGESETZ (1976) der BRD/West-Berlin werden im "Zehnten Titel": "Besondere Vorschriften für den Frauenstrafvollzug" formuliert; § 76 regelt die Mutterschaftshilfe:

1. Rücksichtnahme auf den Zustand von Schwangeren und unlängst Entbundenen (Arbeitsplatz)
2. Anspruch auf ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe
3. Entbindung findet außerhalb des Vollzugs in einem Krankenhaus statt.

Das Gesetz sieht keine generelle Regelung für einen Aufschub oder Aussetzen der Haftstrafen im Falle einer Schwangerschaft oder bei stillenden Müttern vor. Eine vorzeitige Entlassung="Vollstreckungsaussetzung" oder der Nichtantritt der Haftstrafe="Strafaufschub" kann nur aufgrund richterlicher Anordnung nach Feststellung des Vorliegens einer Haftuntauglichkeit (Strafvollzugsuntauglichkeit, SCHWARTZ (1963) bei der Schwangeren verfügt werden.

Die Strafvollzugsuntauglichkeit liegt nach § 455 STRAFPROZESSORDNUNG dann vor, und es wird ein Strafaufschub gewährt, wenn

1. eine Geisteskrankheit festgestellt wird,
2. der Verurteilte durch eine Inhaftierung in "nahe Lebensgefahr" gebracht würde,
3. der körperliche Zustand des Verurteilten nicht mit der Einrichtung einer Strafvollzugsanstalt vereinbar ist.

Entsprechende Inhalte werden auch bei der "Vollstreckungsaufhebung" (§ 455 a StPO), wenn also schon die Strafe angetreten war, formuliert.

Disziplinarfälle und besondere Sicherheitsmaßnahmen bei Frauen

Disziplinarfälle haben bei Frauen von 1970-1979 um 74,2% zugenommen (Männer nur 12,7%). Der Anstieg fällt mit dem Zeitraum nach Inkrafttreten des Strafvollzugsgesetzes zusammen, was wohl eine veränderte Kontroll- und Registrierstrategie zur Folge hatte. Als weitere Ursachen werden der zunehmende Anteil von Drogenabhängigen bzw. die weiblichen Inhaftierten der sogenannten "Terroristenszene" angeführt. Disziplinarfälle sind z.B. Verletzung der Arbeitspflicht, Verfehlungen gegenüber Bediensteten. Disziplinarmaßnahmen sind z.B. Arrest, Einkaufsbeschränkung, Entzug der Bewegung im Freien, Entzug der Arbeit, Beschränkung der Teilnahme an gemeinsamen Veranstaltungen, getrennte Unterbringung während der Freizeit. DÜNKEL/ROSNER (1981)

Auch bei den Sicherungsmaßnahmen sind die Frauen ab 1973-1978 mehr belastet als die Männer (Beispiele: Entzug oder Vorenthaltung von Gegenständen, Beobachtung bei Nacht, Absonderung von Gefangenen, Entzug bzw. die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien, Unterbringung in einer Beruhigungszelle, Fesselungen).

Entweichen aus der Haftanstalt

Frauen entweichen sehr viel seltener als Männer aus den Haftanstalten. Dies und die geringe Versagerquote bei Ausgang, Urlaub und Freigang "läßt eine weitere Öffnung und Liberalisierung der Anstalten ohne ein zu befürchtendes Sicherheitsrisiko vertretbar erscheinen " DÜNKEL/ROSNER (1981).

Vollzugslockerungen bei Frauen (Freigang, Urlaub, Ausgang) DÜNKEL/ROSNER (1981)

Frauen erhalten zum Teil erheblich weniger Vollzugslockerungen als Männer. Das betrifft in erster Linie den Urlaub und den Freigang, die bei Männern etwa 2,5 - 4,5 mal so häufig gewährt wurden. 1979 waren 15,2% Männer, aber nur 3% der Frauen Freigänger. Auch von Jahresurlaub und Ausgang wurde bei Frauen deutlich weniger Gebrauch gemacht. Im Zeitraum von 1977-1979 haben Vollzugslockerungen zwar bei Frauen ebenfalls erheblich zugenommen, der relativ geringere Anteil im Vergleich zur männlichen Gefangenenspopulation blieb jedoch erhalten, DÜNKEL/ROSNER (1981). Gründe hierfür liegen nach DÜNKEL/ROSNER (1981) zum einen bei dem großen Anteil von Drogenabhängigen, die in der Regel von Vollzugslockerungen ausgeschlossen sind (Bundeseinheitliche Verwaltungsvorschriften zu § 11, 13, 15 Strafvollzugsgesetz), zum anderen in der Vermutung, daß weibliche Strafgefangene eine noch negativere Auslese als die der männlichen Vollzugspopulation darstellt und die Überrepräsentierung von kurzen Freiheitsstrafen im Frauenstrafvollzug bzw. das Bestehen eines Platzmangels im offenen Vollzug für Frauen. "Versager" bei der Vollzugslockerung sind jedoch nicht häufiger als bei den Männern, so daß die Versager-Argumentation kein Grund für die geringe Vollzugslockerung sein kann. Im Längsschnitt von 1977 - 1979 zeigt sich sogar, daß eine großzügige Praxis keine schlechteren Ergebnisse hinsichtlich der Einhaltung der Rückkehrpflicht ergibt, DÜNKEL/ROSNER (1981).

1.1.4.1 Bedingungen für schwangere Frauen in den West-
berliner Vollzugsanstalten

1.1.4.1.1 Medizinische Betreuung

1.1.4.1.1.1 Interne medizinische Betreuung

Laut § 76 Mutterschaftshilfe, Absatz 2 des Strafvollzugsgesetzes (STRAFVOLLZUGSGESETZ) hat "die Gefangene während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe in der Vollzugsanstalt. Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehören insbesondere Untersuchungen sowie Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchungen."

Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehört in den Westberliner Strafvollzugsanstalten folgendes:

- Erhebung der gynäkologisch/geburtshilflichen Anamnese
- Erhebung von schwangerschaftsspezifischen/-unspezifischen Beschwerden, Krankheitssymptomen
- körperliche Untersuchung der Schwangeren:
 - vaginale Untersuchung (Muttermund, Gewebebeschaffenheit)
 - äußere Untersuchung (Fundusstand, Körpergewicht, Leibesumfang, kindliche Herztöne, Blutdruck der Schwangeren)
- Laboruntersuchungen
 - Blut: Erythrozyten/Hb
selten: Leukozyten oder gesamtes Blutbild mit HKT, Thrombozyten etc.
einmalig: WaR/AK
 - Urin: Bakterien, Leukozyten, Erythrozyten, Epithelien, Eiweiß, Zucker
 - cytologische Untersuchung: PAP
 - mikroskopische Untersuchung:
 - Fluor Nativ Präparat (Leukozyten, Trichomonaden)

1.1.4.1.1.2 Externe medizinische Betreuung

Ab 1976 wurden die Schwangeren auch regelmäßig der Schwangerenberatung in der Universitätsfrauenklinik Charlottenburg vorgestellt. Von 1973 - 1975 konnten keine Untersuchungskarten ermittelt werden. Da nicht alle Schwangeren von Beginn bis Ende der Schwangerschaft in den Vollzugsanstalten einsaßen, wurden natürlich auch andere Kliniken für die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen.

Folgende Kliniken wurden noch aufgesucht:

- Städtisches Krankenhaus Spandau
- Universitätsfrauenklinik im Klinikum Steglitz
- Auguste-Viktoria-Krankenhaus
- St. Joseph Krankenhaus
- Urban Krankenhaus
- Neuköllner Krankenhaus, Örtlicher Bereich Mariendorfer Weg
- Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Die Schwangerenberatung (als Beispiel hier die Universitätsfrauenklinik Charlottenburg) umfaßt folgende Untersuchungen:

- Erhebung der gynäkologisch-geburtshilflichen Anamnese
- Erhebung von schwangerschaftsspezifischen/-unspezifischen Beschwerden/Krankheitssymptomen
- Körperliche Untersuchung der Schwangeren
 - vaginale Untersuchung
 - äußere Untersuchung
 - Körpergewicht) klinisches Größen-
 - Leibesumfang) wachstum
 - Fundusstand)
 - kindliche Herztöne
 - mütterlicher Blutdruck

- Laboruntersuchungen
 - Blut:
 - Röteln-Titer, Östriol, Glucose-Toleranz-Test
 - Gesamteiweiß, HPL
 - Leberenzyme:
 - GOT, GPT, aP,
 - Urin:
 - Eiweiß, Zucker, Bakterien
 - Cytologische Untersuchung:
 - PAP
 - Mikroskopische Untersuchungen:
 - Fluor-Nativ-Präparat
 - Amnioskopie
 - Ultraschall
 - CTG
 - fetales EKG

1.1.4.2 Darstellung des Strafvollzugsalltags für Schwangere in den Westberliner Haftanstalten

Aus den Krankengeschichten der Vollzugsanstalten läßt sich entnehmen, daß Schwangere einen besonderen Essenzuschlag bekommen. Eine besondere Behandlung in Bezug auf erweiterten Hofgang, Aufenthalt in der frischen Luft, Zellenaufschluß, Ruhepausen gibt es nicht. Die Bestimmungen richten sich danach, ob die inhaftierte Schwangere Untersuchungshäftling ist oder sich als Strafgefangene

a) mit Arbeit

b) ohne Arbeit

im Regelvollzug befindet. Für den erstgenannten Fall bedeutet das:

- eine Stunde Hofgang und 23 Stunden Einzelhaft

Für Strafgefangene mit Arbeit gibt es:

- 7 1/4 Stunden Arbeit und eine Stunde Hofgang

Für Strafgefangene ohne Arbeit gibt es:

- eine Stunde Hofgang und 7 Stunden Zellen offen.

Als Freizeitangebote werden zusätzlich im Sommer Sportveranstaltungen angeboten, desweiteren gibt es auf jeder Station einen Freizeitraum, der vornehmlich als Fernsehraum dient. (Siehe auch 1.4.3 - Arbeitsplatz- und Bildungsmöglichkeiten)

Die im Zusammenhang mit externen Schwangerschaftsgymnastikkursen stehende Frage der Urlaubsmöglichkeit, die nach dem Strafvollzugsgesetz von 1976 jedem Strafgefangenen zusteht, STRAFVOLLZUGSGESETZ(1976), wurde in einer mündlichen Mitteilung von Herrn HÖFLICH, Leiter der Vollzugsanstalt für Frauen, Lehrterstr. so beantwortet:

Theoretisch besteht die Möglichkeit für eine Schwangere ihren Urlaub/Freigang für die Teilnahme an einem Schwangerschaftsgymnastikkurs zu nutzen. Konkret sieht es aber folgendermaßen aus:

- 1."In der Regel befinden sich die Frauen im mittleren Drittel bis letzten Drittel der Schwangerschaft bei Haftantritt*. Sie beginnen also ihre Haftzeit als Untersuchungshäftlinge ohne rechtskräftiges Urteil. Dieser Status dauert üblicherweise bis nach der Geburt des Kindes. Für diese Fälle ist ein Urlaub/Freigang rechtlich nicht vorgesehen. Eine Schwangerschaft veranlaßt auch keine Beschleunigung in der richterlichen Ermittlung bzw. im Prozeßablauf."
- 2."Sollte nun z.B. eine Heroinabhängige, die in den letzten Jahren zunehmend das Kontingent der straffälligen Frauen ausmacht, rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden sein und sich somit als Strafgefangene im Regelvollzug befinden, dann verhindert die Heroinabhängigkeit die Möglichkeit zum Urlaub/Freigang. D.h. die "Urlaubsfähigkeit" ist nicht gegeben. Praktisch können also die schwangeren Frauen an keinen externen Schwangerschaftsgymnastikkursen teilnehmen.

*steht im Widerspruch zu meinen Ergebnissen

Hierzu auch die Ausführungen aus dem "Bericht über die Situation der Frauen in Berlin" SENATOR (1981).

"In der Vollzugsanstalt für Frauen erfüllt jeweils nur ein geringer Teil der inhaftierten weiblichen Gefangenen die Voraussetzungen für die Gewährung von Urlaub oder Vollzugslockerungen, und zwar deshalb, weil der überwiegende Teil der Insassinnen drogenabhängig ist. Drogenabhängige Gefangene sind jedoch in hohem Maße rückfallgefährdet. Da zu befürchten ist, daß der Urlaub oder die Vollzugslockerung zu einer neuen Straftat der Rauschgiftkriminalität mißbraucht wird, dürfen Urlaub und Vollzugslockerungen nach den Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes in der Regel nicht gewährt werden. Im einzelnen stellt sich die Situation nach dem Stand vom Juni 1980 wie folgt dar:

Von den rund 180 Insassinnen der Vollzugsanstalt für Frauen einschließlich der Nebenanstalt Lichterfelde waren 34 urlaubsfähig, von diesen hatten 18 bereits Urlaub erhalten. In der Nebenanstalt Lichterfelde wurden von rund 40 weiblichen Gefangenen im Jahre 1979 elf zum Freigang und zur Aufnahme eines freien Beschäftigungsverhältnisses zugelassen, im Jahre 1980 20 weibliche Gefangene. Die Zulassung von weiblichen - nicht drogenabhängigen und nicht suchtkgefährdeten - Gefangenen zum Freigang und zur Aufnahme eines freien Beschäftigungsverhältnisses in der Nebenanstalt Lichterfelde hat sich bewährt."

1.1.4.4

Arbeitsplatz- und Bildungsmöglichkeiten im
Frauenstrafvollzug in West-Berlin

(Nach dem Bericht über die Situation der Frauen in Berlin, 1981, Der SENATOR für Gesundheit, Soziales und Familie)

"Die Vollzugsanstalt für Frauen (Hauptanstalt und Nebenanstalt Lichterfelde) hat eine Belegungsfähigkeit von insgesamt 166 Plätzen. Die Hauptanstalt mit 133 Plätzen ist seit einiger Zeit ständig überbelegt und zwar durchschnittlich mit 130 - 140, in der Spitze mit bis zu 170 Insassinnen, denen zur Zeit 49 Arbeitsplätze zur Verfügung stehen.

In der Nebenanstalt Lichterfelde mit 53 Haftplätzen gelingt es in der Regel, allen Inhaftierten Arbeit anzubieten. Neben fünf Hausarbeiterplätzen wird eine Schulmaßnahme mit der Möglichkeit des Realschulabschlusses angeboten. Der Rest der Arbeitsplätze verteilt sich auf verschiedene Unternehmerbetriebe/-arbeiten. Die Nebenanstalt bietet auch die Möglichkeit des Freiganges für Frauen.

Arbeitsplatzangebot

In der Hauptanstalt sind in den Bereichen Schneiderei, Wäscherei und Werkgruppe insgesamt 21 Arbeitsplätze vorhanden.

Die Arbeitsplätze der Werkgruppe stehen überwiegend erwachsenen Drogenabhängigen zur Verfügung.

Die Unternehmerarbeiten in der Nebenanstalt Lichterfelde bestehen aus Verpackungs-, Näh-, Kuvertier-, Sortier- und Entgrätungsarbeiten.

Arbeitstherapeutische Werkstatt/Drogeneinrichtung:

Die in diesem Bereich bestehenden Arbeitsplätze sind speziell für jugendliche Drogenabhängige eingerichtet worden. Im Rahmen des gesamten Therapieprogramms können durch Teilung der Arbeitsplätze insgesamt 12 Inhaftierten Tätigkeiten angeboten werden.

Hausarbeiten:

Dazu gehören Reinigungsarbeiten in den verschiedenen Bereichen der Vollzugsanstalt (Station, Abteilung und Verwaltung) und Funktionsposten in den Versorgungsbetrieben wie Küche, Kammer, Bibliothek u.a.. In diesen Bereichen können 22 Insassinnen eingesetzt werden.

Schulische Bildungsmöglichkeiten

Die Schulmaßnahmen in der Vollzugsanstalt für Frauen wurden in der zurückliegenden Zeit durch Mitarbeiter der Oberschule der Justizvollzugsanstalt Tegel durchgeführt.

Es wurden Schulmaßnahmen angeboten, die sowohl zum Haupt- als auch zum Realschulabschluß führten.

Seit 1977 erreichten:

5 Inhaftierte den Hauptschulabschluß

8 Inhaftierte den Realschulabschluß.

Zur Zeit läuft lediglich in der Nebenanstalt Lichterfelde eine Realschulmaßnahme, an der eine Inhaftierte teilnimmt.

Die Arbeitsplätze in der Schneiderei sind gleichzeitig Ausbildungsplätze. Die dort mögliche einjährige Ausbildung endet mit dem Abschluß als Bekleidungs-nähering. Erstmals wurde im Jahre 1980 damit begonnen, Frauen auch einen zweiten Ausbildungsabschnitt bis zur Bekleidungsfertigerin - Ausbildungszeit 2 Jahre - zu ermöglichen. Schwierigkeiten treten bei der Vermittlung der theoretischen Fachkenntnisse auf, da für die weiblichen Auszubildenden kein Berufsschullehrer zur Verfügung steht.

Außerschulische Bildungsmöglichkeiten

Unter außerschulischen Bildungsmöglichkeiten werden alle Aktivitäten verstanden, die geeignet sind, den Inhaftierten bei der Aufarbeitung von Persönlichkeitsproblemen im weitesten Sinne behilflich zu sein. Diese Aktivitäten werden in Form von Gruppenveranstaltungen durchgeführt. Sie sind geeignet, soziale Defizite abzudecken und Hilfen bei der Bewältigung der Freizeit zu geben. Auch werden diese Angebote gemacht, um Hilfen zur Selbsterkennung und zur praktischen Lebensbewältigung zu vermitteln. Auf dieses Angebot sind alle Frauen verwiesen, die keine der angeführten Beschäftigungsmöglichkeiten wahrnehmen. Die Teilnahme an diesen Gruppenveranstaltungen ist außerordentlich unterschiedlich. Soweit die Aktivitäten weitgehend auf die eigene Verantwortung der Inhaftierten abgestellt sind, ist eine ständig schwankende Teilnehmerzahl zu verzeichnen.

In der Hauptanstalt finden folgende Aktivitäten statt:

Schulmaßnahmen für jugendliche Gefangene (ohne Abschlußmöglichkeit, da die Fluktuation sehr hoch und die Verweildauer kurz ist), Bastelgruppe, Frauengesprächsgruppe, Instrumentalunterricht, Soziales Training, Drogenberatungsgruppe, Malgruppe, Sportgruppe/ Gymnastik, Kunsttherapeutische Gruppe, Beschäftigungsthemengruppe, Theater- und Spielgruppe.

In der Nebenanstalt Lichterfolge besteht folgendes Angebot:

Kommunikations- und Konflikttraining, Gesprächsgruppe der Zentralen Beratungsstelle für Straffälligenhilfe, jeweils innerhalb und außerhalb der Anstalt, Sozialpraktisches Training, Kreativitätstraining, Lese- und Hörspielgruppe, Werkunterricht, Sexualkunde, Verbraucherkunde.

Die vorgenannten außerschulischen Bildungsmaßnahmen werden zum Teil durch eigene Dienstkräfte, überwiegend jedoch durch externe Mitarbeiter durchgeführt.

1.1.4.3.1 Angaben über Teilnahme des Untersuchungskollektivs an Arbeits-/ und Bildungsmaßnahmen während der Haftzeit

Diese Angaben sind sicherlich nicht vollständig, sollen aber als Ergänzung zu den obengemachten allgemeinen Ausführungen dienen.

TABELLE: 1

Teilnahme an Arbeits- und Bildungsmaßnahmen der inhaftierten schwangeren Frauen

SSW	Art der Beschäftigung	Art der Bildungsmaßnahme
24.	Werkmeisterei	
12.	Schneiderei	
24.	Arbeit nicht näher gekennzeichnet	
32.		Vorschule
21.	Hausarbeit	

Insgesamt 4 Frauen gehen während der Haftzeit bzw. Schwangerschaft einer Arbeit in der Vollzugsanstalt nach. Eine Frau besuchte die Vorschule.

1.2 Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung soll es sein, wissenschaftliche Daten zu gewinnen, die die Voraussetzung liefern sollen für die günstigste Lösung des Problems, welches schwangere Frauen bzw. Mütter und ihre Kinder unter den Bedingungen der Inhaftierung in den Strafvollzugsanstalten darstellen.

2.0 Material

2.1 Untersuchungskollektiv

Dieser Untersuchung liegen die medizinischen Daten von 43 inhaftierten, schwangeren Frauen zugrunde.

Der Zeitraum der Untersuchung umfaßt die Haft-Jahrgänge von 1973 bis 1982, also die Frauen, die in diesem Zeitraum schwanger und in den drei verschiedenen West-Berliner Vollzugsanstalten für Frauen: Lehrterstr., Kantstr., Nebenstelle Lichterfelde inhaftiert waren.

2.1.1 Materialsuche

Es bedurfte einer hartnäckigen Suche nach der berechtigten und zuständigen Anlaufstelle, die die Liste der schwangeren, inhaftierten Frauen vom oben genannten Zeitraum aufstellte.

Der zuständige Anstaltsleiter der Frauenvollzugsanstalt Lehrterstr. erlaubte uns, im Einvernehmen mit der Justizbehörde des Senats, die Aufnahme der Untersuchungsarbeit, konnte uns aber im Hinblick auf medizinische Daten keine Hilfestellung geben. Die ärztliche Leitung der Strafvollzugsanstalten sah sich ebenfalls nicht in der Lage, bei der Suche nach den Krankenakten behilflich zu sein.

Eine besondere Registrierung der in Haft befindlichen schwangeren Frauen wird nicht vorgenommen, ebensowenig eine spezielle Registrierung der schwangerschafts- oder säuglingsspezifischen Gegenständen, über die eine Identifizierung der Schwangeren möglich gewesen wäre.

Letztendlich wurde uns dann doch eine Namensliste übersandt: eine Krankenschwester der Krankenstation der Frauenvollzugsanstalt Leichterstr. hatte aus dem Krankenbuch der Arztgeschäftsstelle die schwangeren, inhaftierten Frauen für den Zeitraum von 1973 - 1982 herausgesucht und auf einer Liste zusammengestellt.

2.1.2 Materialquellen

Die medizinischen Daten für jeweils einen Fall stammen aus drei verschiedenen Quellen:

1. der Krankenakte der Vollzugsanstalt
(aus dem Krankenblattarchiv der Berliner Vollzugsanstalten, Vollzugsanstalt Moabit, Rathenowerstr., bzw. bei aktuell einsitzenden Frauen aus einer der jeweiligen drei Vollzugsanstalten).
2. der Schwangerenberatungskartei
(vorwiegend aus der Universitätsklinik Charlottenburg, Archiv der Schwangerenberatung), siehe dazu: Punkt 1.1.4.1
Bedingungen für Schwangere im Strafvollzug; in diesem Kapitel werden auch die

anderen Berliner Krankenhäuser genannt, deren Schwangerenberatung aufgesucht wurden.

3. der Krankengeschichte
(speziell: Entbindungsakte oder Abortakte) vorwiegend aus der Universitätsklinik Charlottenburg (Krankenblattarchiv in der Aufnahme der Klinik).

2.1.3 Besonderheiten des untersuchten Kollektivs

Das Kollektiv der schwangeren, inhaftierten Frauen weist folgende Besonderheiten auf:

- 2.1.3.1 Zum Zeitpunkt des Haftantritts befinden sich die Frauen in unterschiedlichen Schwangerschaftswochen.

TABELLE 2 : SSW bei Haftantritt

Anzahl der Frauen	1	2	3	4	5	6
SSW	12.	Konz.*	10.	22.	24.	20.
	14.	21.	28.		16.	
	18.	27.	32.			
	30.					
	31.					
	34.					
	37.					
	38.					

* Konz. = Konzeption

2.1.3.2. Die Haftdauer ist ebenfalls für die einzelnen Frauen unterschiedlich.

TABELLE 3 :

Haftdauer der einzelnen Frauen

Anzahl der Frauen	1	2	3	5	6	13
Haftzeit	2 Mo*	3 J	4 Mo	3 Mo	2 J	1 J
	5 Mo					
	7 Mo	4 J	6 Mo			
	8 Mo					
	10 Mo	6 J				
	5 J*					
	L*					

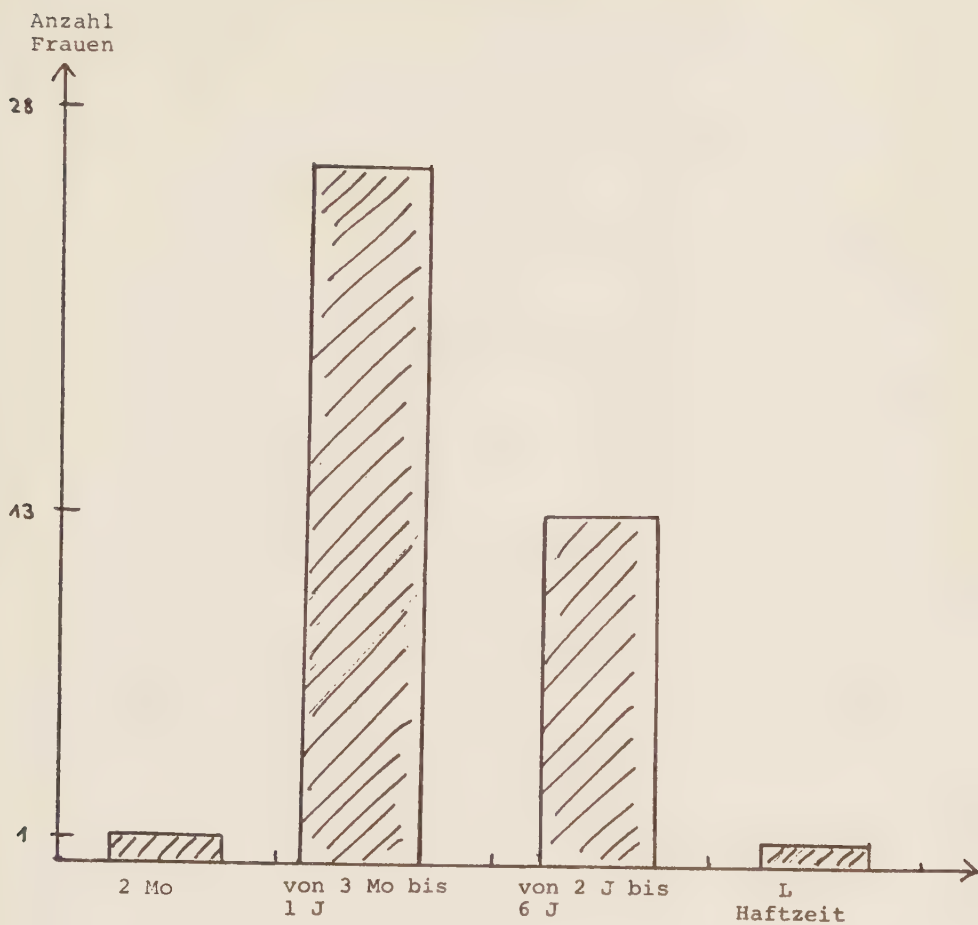
*¹ Mo = Monate

*² J = Jahre

*³ L = Lebenslänglich

ABBILDUNG 2:

Haftdauer des Untersuchungskollektivs



Abkürzungen: Mo = Monate
J = Jahre
L = Lebenslänglich

Ab 3 Monate aufwärts sind 42 (97%) der Schwangeren inhaftiert.

Die geringste Haftzeit beträgt 2 Monate.
Diese trifft jedoch nur für eine Frau zu.

2.1.3.3 Heroinabhängigkeit bei Frauen des Untersuchungskollektivs

Ab 1978 erscheinen vermehrt Frauen, die wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert wurden.

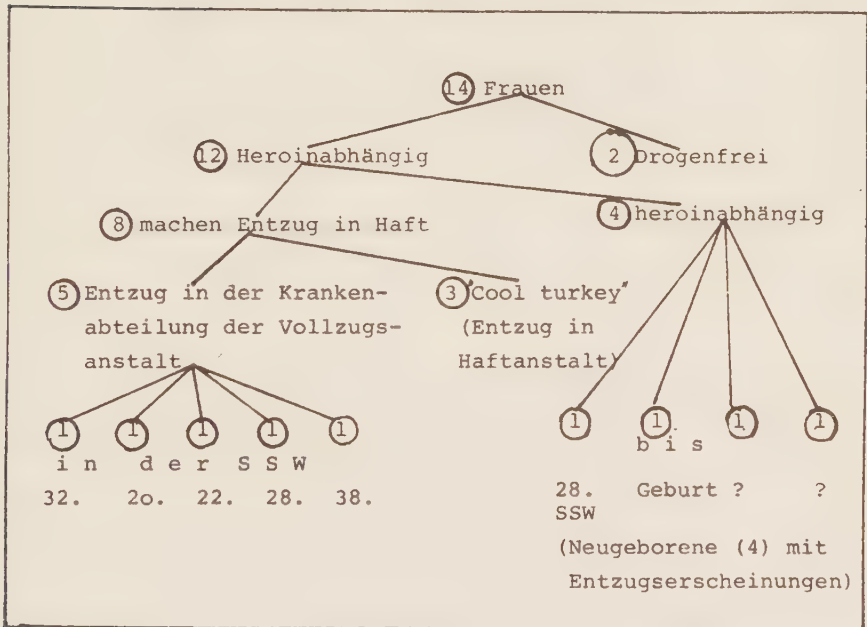
Von 1974 - 1977 sind es lediglich drei Frauen,
von 1978 - 1982 sind es 11 Frauen, die wegen des oben genannten Verstoßes inhaftiert wurden.

Von diesen insgesamt 14 Frauen muß angenommen werden, daß 12 bei der Aufnahme in die Vollzugsanstalt heroinabhängig sind (nach Angaben in den Haftkrankenakten und Krankengeschichten der Universitätsklinik).

GRAPHISCHE DARSTELLUNG 1:

Charakterisierung der Heroinabhängigen

Wegen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittel-
gesetz in Haft:



Da die Heroinsucht auf Schwangerschaft, Geburt und das Neugeborene spezifische Folgen hat (PERL 1980, STAUBER/SCHWERDT/HOLLENBACH 1982), wurde die Überlegung angestellt, die vier übriggebliebenen Heroinabhängigen aus dem Untersuchungskollektiv herauszunehmen. Wir stellten jedoch fest, daß kaum Abweichungen bei den prozentualen Anteilen an den aufgestellten Parametern auftraten, wenn die vier Heroinabhängigen aus der Statistik des Untersuchungskollektivs herausgenommen wurden.

Das Untersuchungskollektiv setzt sich also aus 39 drogenfreien Frauen und vier Heroinabhängigen zusammen.

Zusammenfassung:

Die unter Punkt 2.1.3.1 und 2.1.3.2 beschriebenen Besonderheiten des Inhaftierten-Kollektivs lassen unseres Erachtens eine inhaltliche Aussage über Auswirkungen der Haftsituation auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu. Erstens kommen die meisten Frauen: 28 (65%) im 2. Schwangerschaftsdrittel und 7 (16%) im 1. Schwangerschaftsdrittel) = 35 (81%) im 1. und 2. Schwangerschaftsdrittel in Haft, und zweitens haben die meisten Frauen = 42 (97%) eine Haftzeit, die von 3 Monaten an aufwärts geht, sind also 2/3 der Schwangerschaftszeit inhaftiert.

2.2 Das Vergleichskollektiv

Trotz geringer Anzahl (43) der untersuchten Fälle wurde eine statistische Auswertung der festgestellten Ergebnisse durchgeführt.

Dafür wählten wir ein Vergleichskollektiv aus, das in

1. Familienstand
2. Alter
3. Partus-Stand und
4. Jahrgang der Geburt

mit dem Untersuchungskollektiv übereinstimmt.

2.2.1 Materialquellen

Für jede inhaftierte Schwangere wurde aus dem Geburtenbuch der Universitätsklinik Charlottenburg vier Vergleichsschwangere/-gebärende herausgesucht.

Der Parameter 'Alter' mußte bei seltenen Konstellationen wie z.B. 35-jährige geschiedene Mehrpara oder 18-jährige ledige Mehrpara um ± 4 Jahre erweitert werden, damit überhaupt genügend Fälle zusammenkamen.

Die medizinischen Daten des Vergleichskollektivs wurden zusammengestellt aus:

1. der Krankengeschichte (hier: Entbindungsakte)
2. der Schwangerenberatungskartei, soweit die Beratungsstelle aufgesucht wurde.

2.2.2 Besonderheit beider Kollektive

Frühaborte können bei beiden Kollektiven nicht berücksichtigt werden. Beim Untersuchungskollektiv wurden bei der Aufstellung nicht sicher alle Frühaborte bis zur 16. SSW erfaßt. Beim Vergleichskollektiv fehlen Frühaborte ganz, weil die Aufstellung des Kollektivs über das Geburtenbuch erfolgte, in dem die Frühaborte nicht registriert werden.

3.0 Methodik

3.1 Liste der zu vergleichenden Parameter

Sämtliche Angaben aus den Krankenakten der Untersuchungs- bzw. Vergleichsgruppe wurden erfaßt, z.B.

- soziale Daten
- allgemeinanamnestische Daten
- gynäkologisch/geburtshilfliche Daten
- Angaben zur Diagnostik und Therapie

Diese Angaben wurden zu folgenden Parametern zusammengefaßt:

1. soziale Daten

- Alter
 - Beruf
 - Partus-Stand
 - Familienstand
 - Vater des zu erwartenden Kindes
 - Schwangerschaft erwünscht/ nicht erwünscht
- und bei der Untersuchungsgruppe zusätzlich:

- Haftgrund
- Haftdauer
- SSW bei Haftantritt
- Arbeit während der Haft

2. allgemeinanamnestische Daten

- Nikotin
- Drogen

3. gynäkologisch/geburtshilflich-anamnestische Daten

- Abort
- Frühgeburt
- Abruptio

4. Schwangerschaftsverlauf

- Teilnahme an der Schwangerenberatung
- Spätabort
 - a) Abortus imminens
 - b) Abortus completus
- EPH-Gestose
- Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung
- Übertragung
- stationäre Behandlung während der SS

5. Geburtsverlauf

- i.u. Asphyxie
- operative Entbindung
- i.u. Fruchttod
- Dammriß
- Cervixriß

6. Nachgeburtsverlauf

- Plazentaretention
- pp. Blutung

7. Wochenbett

- Endometritis
- Thrombose
- Stillen

8. Das Neugeborene

- rechtzeitiges eutrophes Neugeborenes
- Überreifesyndrom (relative Übertragung)
- Übertragene (absolute Übertragung)
- Mangelgeborenes 10 Perzentile
 3 Perzentile
- Frühgeborenes
- Gegenüberstellung: rechtzeitige euthrope
 Neugeborene/regelwidrige Neugeborene
- Krankheiten des Neugeborenen
- Adoption

9. Mutter-Kind-Beziehung

- Stillen
- Adoption

3.2 Statistische Auswertung

Wie bereits in Kapitel 2.1.3 und 2.2 ausgeführt konnte eine statistische Auswertung der gefundenen Ergebnissen vorgenommen werden.

Den 43 Frauen des Untersuchungskollektivs wurden 43 x 4 = 172 Frauen eines Vergleichskollektivs gegenübergestellt, die im Jahrgang der Geburt, Familienstand, Partus-Stand und Alter mit den Frauen des Untersuchungskollektivs übereinstimmen. Aus methodischen Gründen müssen Frühaborte aus den aufgestellten Listen herausgenommen werden.

3.3 Signifikanz-Überprüfung

Mittels des Chi-Square-Test (4-Felder-Test) wurde die Überprüfung von Häufigkeitsunterschieden auf statistische Signifikanz durchgeführt.

Die Nullhypothese, daß zwischen zwei Häufigkeiten kein Unterschied besteht, soll abgelehnt werden mit einer

- Irrtumswahrscheinlichkeit von $\leq 1\%$
= Signifikanzstufe A - sehr signifikant

- Irrtumswahrscheinlichkeit von $\leq 5\%$
= Signifikanzstufe B - signifikant

- Irrtumswahrscheinlichkeit von $> 5\%$
- nicht signifikant

4.0 Ergebnisse

4.1 Soziale Daten

4.1.1 Altersverteilung

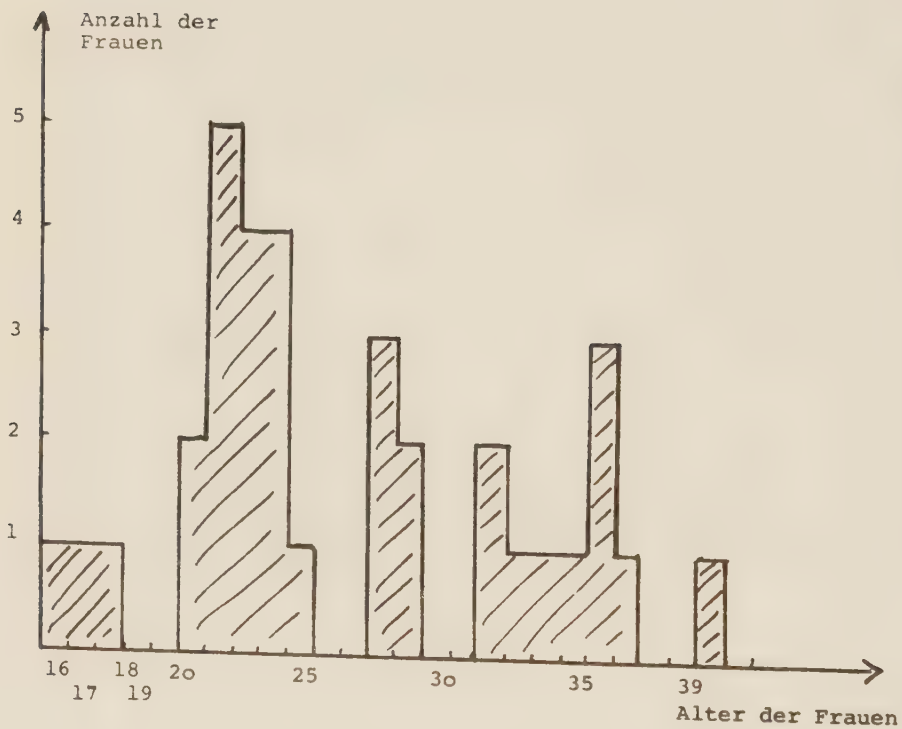
Zum Zeitpunkt der Schwangerschaft bzw. der Geburt des Kindes ist die Altersverteilung bei dem Untersuchungskollektiv wie folgt:

TABELLE 4:

Altersverteilung des Untersuchungskollektivs

Anzahl Frauen	0	1	2	3	4	5
Alter	19	16	20	27	22	21
		17	29	28	23	
	26	18			24	
	30	25	31	35		
	38	33	32			
		34				
		36				
		37				
		39				

ABBILDUNG 3:
Altersverteilung des Untersuchungskollektivs



Nach Alterstufen aufgeteilt ergibt sich folgendes Bild:

TABELLE 5:

Minderjährige von 16 - 18 Jahren	16 - 18 J	3 Frauen
Volljährige im 3. Lebensjahrzehnt	*20 - 29 J	28 Frauen
Volljährige im 4. Lebensjahrzehnt	*31 - 39 J	12 Frauen

*19-, 26-, 30- und 38-jährige kommen nicht vor.

28 (65%) Frauen sind zwischen 20 und 29 Jahren alt. 3 (7%) sind minderjährige und 12 (28%) befinden sich in der Altersstufe zwischen 31 - 39 Jahren.

4.1.2 Beruf

4.1.2.1 Berufe beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 6:

Berufe des Untersuchungskollektivs

Beruf	Anzahl	Beschreibung	Gesamt
ohne	19	ohne berufliche Tätigkeit	19
Hausfrau	1	" "	1
Putzfrau	1	Anlernberufe	14
Tischdame	1		
Arbeiterin	1		
Verkäuferin	7		
Näherin	1		
Weberin	1		
Schwesternhelferin	1		
Kinderpflegerin	1		
Kaufmännische Angestellte	1	Lehrberufe	6
Kauffrau	1		
Industriekauffrau	1		
Friseurin	1		
Schneiderin	2		
Schülerin	2	Schule	2
Lehrerin	1	akademischer Beruf	1

19 Frauen = 44% haben keinen Beruf bzw. gehen auch keiner sonstigen Arbeit nach. Nur 1 Frau gibt an, Hausfrau zu sein. Betrachtet man die Fälle, in denen keine berufliche oder sonstige Tätigkeit angegeben wird, so wird sich doch so manche Hausfrau hinter dem Begriff "ohne" verbergen.

Die Anzahl derjenigen Frauen, die verheiratet sind und bei Berufsausübung oder sonstige Arbeit "ohne" angegeben haben, beträgt 6.

Hinzugezogen werden müssen auch diejenigen Frauen, die geschieden sind und Kinder haben: 2, ebenso ledige Frauen mit Kindern: 5.

Zusammengefaßt müssen ca. 13 Hausfrauen von den 19 Frauen "ohne Berufsausübung" abgezogen werden.

Die korrigierte Tabelle in diesem Punkt sieht dann folgendermaßen aus:

TABELLE 6 a :

Hausfrauen und Berufslose/Arbeitslose
beim Untersuchungskollektiv

Beruf	Anzahl	Beschreibung des Berufs	Gesamt
ohne	6	ohne Beruf, ohne Arbeit	6
Hausfrau	14	ohne berufliche Tätigkeit	14

Auswertung:

6 Frauen = 14% gehen keiner beruflichen oder sonstigen Tätigkeit nach, insbesondere läßt sich aus dem Familienstand bzw. der Kinderzahl keine hausfrauliche Tätigkeit ableiten. 1 offene und 13 "verborgene" Hausfrauen lassen sich nachweisen = 14 = 32%.

TABELLE 7 :

Prozentualer Anteil des Untersuchungs-
suchungskollektivs in der Reihenfolge
der Häufigkeiten an bestimmten Berufen/
Tätigkeiten

Reihen- folge	Prozent- zahl	Anzahl Frauen	Art des Berufs
1	33%	14	Hausfrauen
1	33%	14	angelernte Tätigkeit
2	14%	6	ohne
2	14%	6	Lehrberufe
3	4%	2	Schülerinnen
4	2%	1	Akademikerin
	100%	43	

Auswertung:

6 Frauen = 14% arbeiten in Lehrberufen
 14 Frauen = 33% üben eine angelernte Tätigkeit
 aus
 2 Frauen = 5% sind Schülerinnen
 1 Frau = übt einen akademischen Beruf
 aus

4.1.2.2. Berufe beim Vergleichskollektiv

In der folgenden Aufstellung sind zum Vergleich die Berufe/ausgeübte Tätigkeiten des Vergleichskollektivs aufgeführt (in der Reihenfolge der Häufigkeiten)

TABELLE 8:

Berufe des Vergleichskollektivs

Reihenfolge	Anzahl Frauen	%	Beschreibung	Berufe (Auswahl)
1	64	37%	Lehrberufe	Kaufm. Angestellte Krankenschwester Goldschmiedin Friseurin Schneiderin
2	33	19%	Hausfrauen	
3	32	18%	angelernte Tätigkeit	Arbeiterin Montiererin Putzfrau Kassiererin Packerin Verkäuferin
4	20	12%	Akademikerinnen	Studentinnen Lehrerinnen wiss. Angestellte Architektin
5	18	11%	ohne	
6	5	3%	Schülerinnen	
insgesamt	172	100%		

4.1.2.3 TABELLE 9:

Vergleich zwischen den Berufsangaben
beider Kollektive

Berufsgruppe	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Akademike- rinnen	1	2%	20	12%
Lehrberufe	6	14%	64	37%
angelernte Tätigkeit	14	33%	32	18%
Hausfrauen	14	33%	33	19%
Schülerin- nen	2	4%	5	3%
ohne	6	14%	18	11%

Auswertung:

Sehr signifikante Unterschiede finden sich bei der Gruppe der Lehrberufe, die beim Vergleichskollektiv mehr vertreten sind ($P_2 \leq 1\%$). Dahingegen sind angelernte Tätigkeiten beim Untersuchungskollektiv häufiger. Dieser Unterschied ist signifikant ($P_2 \leq 5\%$). Bei Hausfrauen und Schülerinnen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kollektiven ($P_2 \geq 5\%$). Bei den Akademikerinnen ist zwar auch ein großer Unterschied (6-facher) zwischen den Kollektiven; da aber beim Untersuchungskollektiv lediglich eine Akademikerin vertreten ist und dies eine zu geringe Fallzahl bedeutet, kommt hierbei statistisch keine Signifikanz zustande ($P_2 > 5\%$).

4.1.3 Partus-Stand

TABELLE 10:

Partus-Stand des Untersuchungskollektivs

Anzahl der Frauen	1	3	5	9	20
Anzahl der Kinder	6	4	2	1	0
			3		
Partus-Stand	VII.	V.	III.	II.	I.
			IV.		

20 Frauen des Untersuchungskollektivs
(= 46,5%) sind Erstgebärende.

9 Frauen (= 21%) sind II.Para.

Die übrigen 14 Frauen (=32,5%)
sind III.- und Mehrpara.

4.1.4 Familienstand

TABELLE 11:

Familienstand beim Untersuchungskollektiv

Anzahl der Frauen	22	13	8
Familienstand	ledig	verheiratet	geschieden

22 Frauen des Untersuchungskollektivs sind
ledig (= 51%). 13 Frauen (=30%) sind ver-
heiratet und 8 Frauen (= 19%) sind geschieden.

4.1.5 Vater des Kindes

4.1.5.1 Vater des Kindes - Untersuchungskollektiv

Die Angaben, die über den Vater gemacht und vermerkt wurden, sind sicherlich nicht vollständig. Dieser Faktor ist aber so relevant, daß er auch unvollständig wiedergegeben werden soll.

TABELLE 12:

Angaben über den Vater in Abhängigkeit zum Familienstand beim Untersuchungskollektiv

	Vater angegeben	Vater nicht angegeben
von 22 ledigen Frauen	3	19
von 13 verheirateten Frauen	10	3
von 8 geschiedenen Frauen	1	7
insgesamt	14	29
von 43	32,5%	67,5%

Von den 22 ledigen Schwangeren/Müttern geben 3 einen Vater an, davon ist: 1 Vater ein Ausländer, der in sein Heimatland

ausgewiesen wurde, ein Vater, der verurteilt wurde zu einer Haftstrafe, die auf Bewährung ausgesetzt wurde und ein Vater, der sich in Haft befindet.

Von den 13 verheirateten Frauen geben
10 eine nähere Auskunft über den Vater:
5 Ehemänner/Väter sind ebenfalls in
Haft,
4 Ehemänner/Väter sind berufstätig,
1 Vater ist unbekannt und nicht mit dem
Ehemann identisch.

Von den 8 geschiedenen Frauen gibt lediglich eine Frau eine nähere Auskunft: Der Vater befindet sich in einer Ausbildung.

Ich gehe davon aus, daß bei den verheirateten Frauen außer der beschriebenen Ausnahme, der Vater mit dem Ehemann identisch ist, so daß eine korrigierte Tabelle in diesem Punkt wie folgt aussieht:

TABELLE 12 a :

Angaben über den Vater in Abhängigkeit zum Familienstand beim Untersuchungskollektiv

	Vater bekannt	Vater nicht bekannt
von 22 ledigen Frauen	3	19
von 13 verheirateten Frauen	12	1
von 8 geschiedenen Frauen	1	7
insgesamt	16	27
% am Untersuchungskollektiv (von 43)	37%	63%

Bei 27 Fällen (63%) des Untersuchungskollektivs sind die Väter nicht angegeben worden (nicht bekannt).

TABELLE 12 b

Vater nicht bekannt/Untersuchungskollektiv

	% an jeweiligen Frauen	% am Untersuchungskollektiv
Ledige	90%	44,5%
Verheiratete	8%	2 %
Geschiedene	87%	16,5%

4.1.5.2. Vater des Kindes - Vergleichskollektiv

TABELLE 13:

Angaben über den Vater in Abhängigkeit
zum Familienstand beim Vergleichskollektiv

	Vater angegeben	Vater nicht angegeben
von $22 \times 4 = 88$ ledigen Frauen	52	36
von $13 \times 4 = 52$ verheirateten Frauen	52	0*
von $8 \times 4 = 32$ geschiedenen Frauen	19	13
insgesamt	123	49
(von 172) % am Vergleichskollektiv	71,5%	28,5%

Bei 49 Fällen (28,5%) des Vergleichskollektivs sind die Väter nicht angegeben worden (nicht bekannt).

*von den 52 verheirateten Frauen wird angenommen, daß der Vater identisch ist mit dem Ehemann; es wurden aber auch in keinem Fall andere Angaben gemacht.

TABELLE 13 a:

Vater nicht bekannt/Vergleichskollektiv

	% an jeweiligen Frauen	% am Vergleichs- kollektiv
Ledige	41%	21%
Verheiratete	0	0
Geschiedene	41%	7,5%

4.1.5.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Vater des Kindes bekannt/unbekannt"

49 (28,5%) unbekannte/nicht angegebene Väter
der Vergleichsgruppe stehen
27 (63%) bei der Untersuchungsgruppe gegen-
über

Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($P_2 < 1\%$).

4.1.6 Schwangerschaft erwünscht/nicht erwünscht

4.1.6.1 Schwangerschaft erwünscht/~~nicht erwünscht~~
beim Untersuchungskollektiv

Auch bei diesem Parameter können wir eben-
falls keine Vollständigkeit voraussetzen.

9 Frauen haben eine Aussage zu diesem Punkt
gemacht:

- davon lehnen 7 Frauen die Schwangerschaft
ab.

Von diesen 7 Frauen haben 2 versucht,
eine Schwangerschaftsunterbrechung während
ihrer Haftzeit zu erreichen. Sie wurden
nicht durchgeführt.

- 2 Frauen gaben an, die Schwangerschaft
sei erwünscht.

4.1.6.1.1 Schwangerschaftsunterbrechung in der Haft-
anstalt

Laut telefonischer Auskunft von Herrn HÖFLICH, Leiter der Frauenvollzugsanstalt, und dem medizinischen Dienst wurden bis dato schon mehrere Schwangerschaftsunterbrechungen von inhaftierten Frauen beantragt und auch durchgeführt.

Die in der Vollzugsanstalt tätige Gruppenleiterin/Sozialarbeiterin vermittelt der zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen Frau ein Beratungsgespräch mit einem Vertreter/in einer dazu berechtigten Einrichtung, (z.B. kirchliche Verbände, Frauenvereine, etc.), die dazu in die Haftanstalt kommen bzw. zu denen die Schwangeren ausgeführt werden.

Das ärztliche Gutachten, in dem die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung gestellt wird, fertigt der Anstaltsarzt bzw. oder der Anstaltspsychiater an. Der Anstaltsgynäkologe führt die Schwangerschaftsunterbrechung im Haftkrankenhaus durch, oder der Eingriff wird in der Universitätsfrauenklinik Charlottenburg vorgenommen.

4.1.6.2 Schwangerschaft erwünscht/nicht erwünscht
beim Vergleichskollektiv

Es ließ sich in keiner Entbindungsakte/
Schwangerenberatungskarte eine Angabe
darüber finden.

4.1.7 Haftgrund beim Untersuchungskollektiv

Tabelle 14:

Haft- grund	1	2				3		4	5
		a	b	c	d	a	b		
Anzahl der Frauen	14	12	5	2	1	3	2	3	1

- 1 - Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz
- 2 - Eigentumsdelikte
 - a) Diebstahl
 - b) Betrug
 - c) Raub
 - d) Hehlerei
- 3 - Körperverletzung
 - a) Totschlag
 - b) Mord
- 4 - Verletzung der Unterhaltspflicht
- 5 - Verdacht auf Beteiligung an Sprengstoffanschlag

Insgesamt stehen die Eigentumsdelikte an 1. Stelle der Straftaten (20 im Zeitraum von 1973 - 1982)

Ab 1978 machen die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz den größten Anteil an Straftaten aus.

Zur Problematik der Heroinabhängigen siehe Seite 26 (Ziffer 2.1.3.3 - Heroinabhängigkeit bei Frauen des Untersuchungskollektivs).

4.1.8 Haftdauer

Siehe unter Punkt 2.1.3 - Besonderheiten des untersuchten Kollektivs.

4.1.9 Schwangerschaftswoche bei Haftantritt

Siehe unter Punkt 2.1.3 - Besonderheiten des untersuchten Kollektivs.

4.1.10 Arbeit während der Haft

Siehe unter Punkt 1.1.4.3.1 - Angaben über Teilnahme des Untersuchungskollektivs an Arbeits- und Bildungsmaßnahmen während der Haftzeit

4.2 Allgemeinanemnstische Daten

4.2.1 Nikotin

4.2.1.1 Nikotin beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 15:

Nikotin beim Untersuchungskollektiv

Zigaretten/Tag	Anzahl der Frauen
10	1
20	4
30	3
40	1
50	1
60	1
80	1
Insgesamt	12 = 28%

12 Frauen (28%) des Untersuchungskollektivs rauchten
10 - 80 Zigaretten pro Tag.

4.2.1.2 Nikotin beim Vergleichskollektiv

TABELLE 16:

Nikotin beim Vergleichskollektiv

Zigaretten/Tag	Anzahl der Frauen
Anzahl unbekannt	9
Insgesamt	9 = 50%

9 Frauen (5%) des Vergleichskollektivs rauchten
Zigaretten.

4.2.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
Nikotin

TABELLE 17:

Vergleich beider Kollektive
"Nikotin"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl Frauen	12	9
%	28%	5,0%

Beim Untersuchungskollektiv sind sehr signifikant mehr Raucherinnen als beim Vergleichskollektiv (P₂ -1%).

4.2.2 Drogen

4.2.2.1 Drogen beim Untersuchungskollektiv
(Siehe dazu Punkt 2.1.3.3 -Besonderheiten des
untersuchten Kollektivs: Heroinabhängigkeit)

TABELLE 18:

Drogen beim Untersuchungskollektiv

	Anzahl Frauen
Heroin	12
Heroinentzug während der Haftzeit	8
Alkohol	3
Insgesamt	1* 15 = 35% vor der Haft 2** 4 = 9,0% während der Haft

1.* 12 Frauen (28%) des Untersuchungskollektivs nehmen bei Haftantritt Heroin zu sich.

3 Frauen (7%) nahmen regelmäßig Alkohol zu sich.

Zusammen:

15 Frauen (35%) des Untersuchungskollektivs nehmen vor Haftantritt Drogen zu sich.

2.** Während der Haftzeit verringert sich der Anteil an Drogenabhängigen bzw. Alkoholkonsumentinnen

a) um 8 Frauen, nachweislich durch einen Heroin-Entzug im Haftkrankenhaus bzw. in der Haftanstalt, und vermutlich

b) um 3 Frauen, da in den Haftanstalten Alkoholverbot besteht,

auf 4 Frauen $\hat{=}$ 9,0%

4.2.2.2 "Drogen" beim Vergleichskollektiv

TABELLE 19:

"Drogen" beim Vergleichskollektiv

	Anzahl der Frauen
Heroin	1
Alkohol	0
Tabletten	1
Insgesamt	2
%	1%

Beim Vergleichskollektiv nehmen 2 Frauen (1%) Drogen ein.

Die Vollständigkeit der Angaben muss jedoch bezweifelt werden.

4.2.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor "Drogen"

TABELLE 20:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor "Drogen"

	Untersuchungskollektiv		Vergleichs- kollektiv
	vor Haft	während der Haft	
Anzahl Frauen	15	4	2
%	35%	9,0%	10%

1. Drogen vor Haftantritt

Vor der Haftzeit stehen 15 (35%) Frauen des Untersuchungskollektivs, die Drogen einnehmen, 2 Frauen (1%) des Vergleichskollektivs gegenüber. Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($P_2 \leq 1\%$)

2. Drogen während der Haftzeit

Hier stehen 4 Frauen (9%) des Untersuchungskollektivs 2 Frauen (1%) des Vergleichskollektivs gegenüber. Dieser Unterschied ist signifikant ($P_2 \leq 5\%$).

4.3 Gynäkologisch-geburtshilfliche anamnestische Daten

4.3.1 Abort

4.3.1.1 Anamnestische Aborte beim Untersuchungskollektiv

Von den 43 Frauen des Untersuchungskollektivs geben
12 Frauen einen Abort in der Anamnese an =(28%.)

4.3.1.2 Anamnestische Aborte beim Vergleichskollektiv

Von den 172 Frauen des Vergleichskollektivs geben
17 Frauen einen Abort in der Anamnese an(= 10 %)

4.3.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor "Abort in der
Anamnese

12 Frauen (28%) des Untersuchungskollektivs mit einem
in der Anamnese stehen 17 Frauen (10%) des Vergleichs-
kollektivs gegenüber.

TABELLE 21:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Abort in der Anamnese"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl der Frauen	12	17
%	28%	10 %

Der Unterschied ist bei diesem Faktor sehr
signifikant ($P_2 \leq 1$)

4.3.2 Frühgeburt

4.3.2.1 Anamnestische Frühgeburten beim Untersuchungskollektiv

3 Frauen des Untersuchungskollektivs geben Frühgeburten in der Anamnese an(= 7%)

4.3.2.2 Anamnestische Frühgeburten beim Vergleichskollektiv

4 Frauen des Vergleichskollektivs geben Frühgeburten in der Anamnese an(= 2,0%.)

4.3.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: "Frühgeburten in der Anamnese"

3 Frauen (7%) des Untersuchungskollektivs stehen

4 Frauen (2%) des Vergleichskollektivs beim Faktor "Frühgeburten in der Anamnese" gegenüber.

TABELLE 22:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Frühgeburten in der Anamnese"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl der Frauen	3	4
%	7%	2,0%

Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven
ist in diesem Faktor nicht signifikant

($P_2 > 5\%$)

4.3.3 Abruptio

4.3.3.1 Abruptiones in der Anamnese des Untersuchungs-
kollektivs

4 Frauen dieses Kollektivs geben eine Schwanger-
schaftsunterbrechung in der Anamnese an(= 9,0%).

4.3.3.2 Abruptiones in der Anamnese des Vergleichskollektivs

30 Frauen des Vergleichskollektivs haben eine
Schwangerschaftsunterbrechung in der Vergangenheit
durchführen lassen(= 17,0%).

4.3.3.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:

4 Frauen (9%) des Untersuchungskollektivs stehen
hierbei 30 (17%) Frauen des Vergleichskollektivs
gegenüber.

TABELLE 23:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Abruptiones in der Anamnese"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl der Frauen	4	30
%	9,0%	17,0%

Dieser Unterschied ist nicht signifikant
($P_2 > 5\%$)

4.4 Schwangerschaftsverlauf

4.4.1 Teilnahme an der Schwangerenberatung

4.4.1.1 Teilnahme des Untersuchungskollektivs an der externen Schwangerenberatung vor, während, nach der Haft.

Von den 43 Schwangeren wurden 24, nachweislich durch eine Schwangerenberatungsakte, während der Schwangerschaft extern betreut.

Die Differenz läßt sich folgendermaßen interpretieren:

1. die von 1973 - 1975 inhaftierten Frauen = 9 wurden offensichtlich nicht extern untersucht
2. unter den restlichen 10 Schwangeren sind diejenigen mit einer Haftdauer von 2-3 Monaten = 6 (1 hat 2 Monate, 5 haben 3 Monate), bei denen offensichtlich eine weitergehende Schwangerenvorsorge in der Frauenklinik nicht für erforderlich gehalten wurde. 4 Schwangerenberatungsakten dürften als nicht auffindbar gelten.

GRAPHISCHE DARSTELLUNG 2:

Teilnahme des Untersuchungskollektivs
an der externen Schwangerenberatung
vor, während, nach der Haft

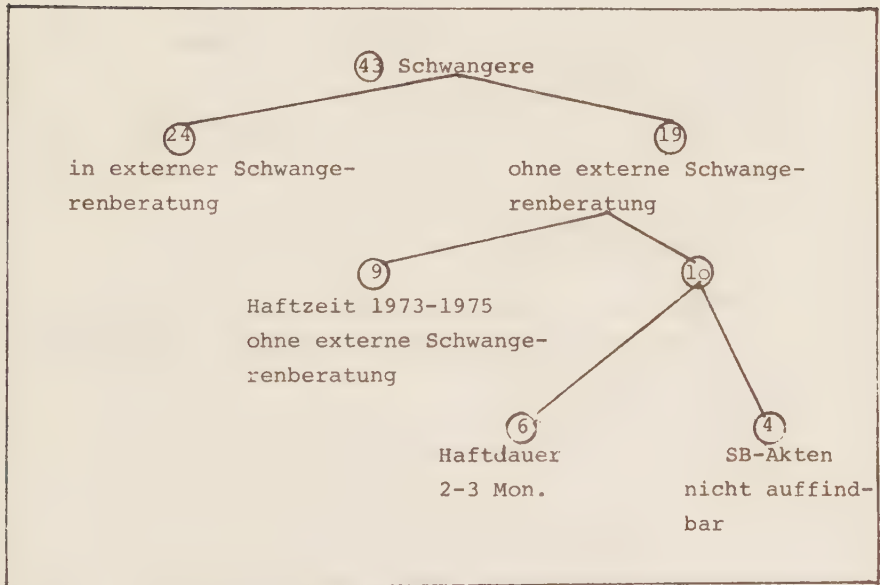


TABELLE 24:

Teilnahme des Untersuchungskollektivs
an der externen Schwangerenberatung
vor, während, nach der Haft

	Anzahl Frauen	%
Teilnahme an SB	24	56%
nicht an SB teil- genommen	19	44%

4.4.1.2 Teilnahme des Vergleichskollektivs an der
Schwangerenberatung

Anhand der herausgesuchten Krankengeschichten des
Vergleichskollektivs konnten die Schwangerenberatungs-
karten gefunden werden.

TABELLE 25:

Teilnahme des Vergleichskollektivs
an der Schwangerenberatung

	Anzahl Frauen	%
Teilnahme an SB	131	76%
nicht an SB teil- genommen	41	24%

4.4.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Teilnahme an der Schwangerenberatung"
(extern)

24 (= 56%) Frauen des Untersuchungskollektivs
nahmen an der externen Schwangerenberatung teil
gegenüber
131 (= 76%) Frauen des Vergleichskollektivs.
Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($P_2 < 1\%$).

TABELLE 26:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Teilnahme an Schwangerenberatung"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl Frauen	24	131
%	56%	76%

4.4.2 Spätabort

Aus methodischen Gründen (siehe 2.2.2. Besonderheit
beider Kollektive) kann nur der Spätabort (17.-28.
SSW) berücksichtigt werden.

Es wird unterschieden zwischen

1. Abortus imminens (drohender Abort) und
2. Abortus completus

4.4.2.1 Abortus imminens

Es werden nur solche Fälle in die Statistik aufgenommen, bei denen eine stationäre Behandlung erfolgte. Als Symptome wurden genannt: Wehen und Blutung. Stationär wurden zum Teil auch Hormonbestimmungen durchgeführt (HPL-E₃) ebenso Ultraschall-Untersuchungen.

4.4.2.1.1 Abortus imminens beim Untersuchungskollektiv

4.4.2.1.2 Abortus imminens beim Vergleichskollektiv

4.4.2.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: "Abortus imminens"

TABELLE 27:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Abortus imminens"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl Frauen	3	13
%	7%	7,5%

Annähernd gleiche Ergebnisse beim Untersuchungs-
kollektiv bzw. Vergleichskollektiv finden sich
beim Faktor: "Abortus imminens", wobei nur statio-
när behandelte Fälle zur Statistik verwandt wurden.
Es besteht also hierbei kein signifikanter Unter-
schied ($P_2 > 5\%$).

TABELLE 28:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Abortus completus"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl Frauen	1	0
%	2,0%	0

Dieser Unterschied ist nicht signifikant
($P_2 > 5\%$)

4.4.3. EPH-Gestose

Die Bezeichnung EPH-Gestose geht von den Kardinalsymptomen aus, die bei dieser Krankheit bestehen:

E = Ödeme

P = Proteinurie

H = Hypertonie (RR systolisch $\geq$ 140/RR diastolisch $\geq$ 90)

Um die subjektiv geprägte Beurteilung des Symptoms: "Ödeme" zu objektivieren, wird die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft mit herangezogen. Eine Gewichtszunahme von $\geq$ als 12 kg im Verlauf der Schwangerschaft gilt als pathologisch (MARTIUS, FRIEDBERG-HIERSCHE).

Es wird eine Aufteilung der EPH-Gestosen in eine

- monosymptomatische und
- polysymptomatische (Kombination von 2 oder 3 und Kardinalsymptomen)
- drohende Eklampsie (mit den objektiven Symptomen:
Hyperreflexie,
motorische Unruhe,
Bewußtseinsstörung,
plötzliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes,

und den subjektiven Symptomen:

Kopfschmerzen,
Sehstörungen,
akute Oberbauchsymptomatik

vorgenommen. Eklampsien wurden in beiden Kollektiven nicht erwähnt.

Des weiteren wird unterschieden zwischen ambulant und stationär betreuten Fällen von EPH-Gestose.

4.4.3.1. EPH-Gestose beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 29:

Aufteilung der EPH-Gestose
beim Untersuchungskollektiv

	monosympto- matische	polysympto- matische	drohende Eklampsie	Anzahl der Frauen Insgesamt Stat./Amb.
statio- när (SSW)	0	38.SSW) 39.SSW)=3 24.SSW)	32.SSW = 1	4 (=9%)
ambu- lant (SSW)	11	5	0	16 (=37%)
Anzahl der Frauen an mono-/poly-/ EPH-Gestose und drohende Eklampsie	11	8	1	20
%	26%	19%	2%	47%

20 Frauen (47%) des Untersuchungskollektivs leiden
während der Schwangerschaft an einer EPH-Gestose,
davon erkrankten:

- 11 Frauen (26%) an einer monosymptomatischen EPH-Gestose
- 8 Frauen (19%) an einer polysymptomatischen EPH-Gestose
- 1 Frau (2%) an einer drohenden Eklampsie.

4 Frauen (9%) bedürfen einer stationären Behandlung.

16 Frauen (37%) werden ambulant behandelt.

4.4.3.2. EPH-Gestose beim Vergleichskollektiv

TABELLE 30 :

Aufteilung der EPH-Gestose beim
Vergleichskollektiv

	monosymptomatische	polysymptomatische	drohende Eklampsie	Anzahl der Frauen Insgesamt Stat/Amb.
Stationär (SSW)	18.SSW 20.SSW 24.SSW 24.SSW 26.SSW ? SSW } 6	2	0	8 (=5%)
Ambulant (SSW)	27	22	0	49 (=28%)
Anzahl der Frauen an mono-/poly-EPH-Gestose und drohender Eklampsie	33	24	0	57
%	19%	14%	0	33%

57 Frauen (33%) des Vergleichskollektivs leiden während der Schwangerschaft an einer EPH-Gestose. Davon erkrankten:

- 33 Frauen (19%) an einer monosymptomatischen EPH-Gestose
- 24 Frauen (14%) an einer polysymptomatischen EPH-Gestose.

Eine drohende Eklampsie kommt nicht vor.

- 8 Frauen (5%) bedürfen einer stationären Behandlung.
- 49 Frauen (28%) werden ambulant behandelt.

4.4.3.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"EPH-Gestose in der Schwangerschaft"

TABELLE 31:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"EPH-Gestose"

	Untersuchungs- kollektiv Anzahl/(%)	Vergleichs- kollektiv Anzahl/(%)
monosymptomatische EPH-Gestose/ ambulant	11 (=26%)	28 (=16%)
monosymptomatische EPH-Gestose/ stationär	0 (=0%)	6 (= 3%)
polysymptomatische EPH-Gestose/ ambulant	5 (=12%)	22 (=13%)
polysymptomatische EPH-Gestose/ stationär	3 (=7%)	2 (=1%)
drohende Eklamp- sie	1 (= 2%)	0 (=0%)
Insgesamt Anzahl/%	20 (47%)	57 (=33%)

Die Differenz zwischen Vergleichs- und Untersuchungskollektiv sind in allen Faktoren: stationär/ambulant - mono/polysymptomatische EPH-Gestose nicht signifikant ($P_2 > 5\%$).

4.4.4 Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung

Im weiteren Text wird die Abkürzung PI/kR für Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung angewandt.

Es wird unterschieden zwischen PI/kR, die während der Schwangerschaft diagnostiziert wurde, und jener, die postpartum an Hand

- der Histologie der Plazenta (soweit vorgenommen)
- der Feststellung einer Mangelentwicklung des Neugeborenen an Hand der Perzentilenkurve der Geburtsgewichte*
- der Feststellung einer Totgeburt bzw. eines Spätabortes

diagnostiziert wurde.

- * Da nicht jedes bei der Geburt mangelentwickelte Neugeborene die Folge einer PI ist, werden folgende Fälle aus diesem Kollektiv herausgenommen:
- Frühgeburten infolge eines vorzeitigen Blasen-
sprungs,
 - Frühgeburten infolge einer Zervixinsuffizienz,
 - Neugeborene mit Mißbildungen,
 - Neugeborene mit Infektionen.

Zur Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Plazentainsuffizienz ist in dieser Untersuchung zu sagen: Der einzige beim Untersuchungskollektiv vorliegende Fall einer Totgeburt läßt sich möglicherweise auf das Vorliegen einer akuten PI zurückführen. In der Krankengeschichte gibt es jedoch keine entsprechende Feststellung. Diese Diagnose ist jedoch wahrscheinlich, weil

1. eine entsprechend veränderte Plazenta vorliegt (Infarzierungen)
2. keine Infektion bzw. Mißbildung des totgeborenen Feten vorliegt als mögliche andere Ursache des

i.u. Fruchttodes.

3. eine polysymptomatische EPH-Gestose während der Schwangerschaft bestand.
4. mekoniumhaltiges Fruchtwasser bei der Amnioskopie nachgewiesen wurde.

TABELLE 32:

Diagnostische Kriterien, die für eine (chronische) PI und eine kR während der Schwangerschaft in dieser Untersuchung Anwendung finden:

	Plazentainsuffizienz	kindliche Retardierung
Disponierende Faktoren von Seiten der Mutter	Nikotinabusus EPH-Syndrom Grundleiden uterine Blutung Mangelernährung → geringe Körpergewichtszunahme (< 500 g/Woche, < 12 kg/SS)	
Labor	HPL/E ₃ (Östriol) Östrogen/24 Std. (unter der Norm erniedrigte Werte)	
andere Untersuchungen	CTG (Decelerationen) Amnioskopie (grün/gelblich-bräunlich grün)	Ultraschallfetometrie (Kopfumfang, Thoraxumfang unter der Norm)

TABELLE 33 :

Diagnostische Kriterien, die für die Feststellung einer(chronischen) PI/kR nach der Geburt in dieser Untersuchung Anwendung finden (Zitate aus der histopathologischen Beschreibung der Plazenten)

Plazentainsuffizienz	kindliche Retardierung
histologische Untersuchung der Plazenta: 1. Anlagestörung - "Implantations-schaden" - "lokale Chorioangio-matose" 2. Reifungsstörung = Asynchrone Entwick-lung von Foet und Plazenta - "Zottenreifungsstö-rung" 3. Zirkulationsstörung - "eingeschränkte Diffusionskapazität" - "herdförmige Verkalkung" - "Infarkte" 4. Alterungs- und Rückbil-dungerscheinigung: - "diffuse Verkalkung" 5. Entzündungen - "Plazentitis disseminata"	Perzentilen-Kurve der Geburtsgewichte - 10er Perzentile - 3er Perzentile Fetus des Spätaborts Fetus der Totgeburt

4.4.4.1 PI/kR während der Schwangerschaft diagnostiziert

4.4.4.1.1 PI/kR während der Schwangerschaft diagnostiziert
beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 3 4 :

(Chron.) PI/kR während der Schwangerschaft
diagnostiziert beim Untersuchungskollektiv

	Untersuchungskollektiv																
	Fälle: 17 = 40%																
Fall No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Disponieren- de mütterli- che Faktoren																	
- Nikotin	1				5		7	8			11					16	17
- EPH- Gestose	1	2	3		5	6		8									
- Grundlei- den									9 H*							16 H**	
- uterine Blutung	1							8							15		
- KG-Zu- nahme zu gering	1				5												
Labor:																	
HPL/E ₃	1			4			7	8	9		11			14			17
Östrogen/ 24 Std.							7										
andere Un- tersuchun- gen:																	
CTG		2		4						10	11	12					
Amnioskopie		2									11	12					
Ultraschall- fetometrie		2	3		5	6	7	8	9	10		12	13		15	16	17
stationäre Behandlung	1											12					17

4.4.4.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"PI/kR während der Schwangerschaft"

TABELLE 36 :

Vergleich beider Kollektive beim Faktor
"PI/kR während der Schwangerschaft"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl der Fälle (%)	17 (=40%)	9 (=5%)
stationär behandelt	3 (=7%)	1 (=0,5%)

Bei der in der Schwangerschaft festgestellten PI/kR ergeben sich sehr signifikante ($P_2 \leq 1$) Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven.

17 Fälle (40%) diagnostizierte PI/kR beim Untersuchungskollektiv stehen nur 9 Fälle (5%) beim Vergleichskollektiv gegenüber.

*Die Fall Nummern werden von denjenigen übernommen, die während der Schwangerschaft schon als PI/kR diagnostiziert wurden.

Es werden nur solche Fälle berücksichtigt, bei denen

1. die Neugeborenen innerhalb der 10er Perzentilen bzw. 3er Perzentilen mit ihrem Geburtsgewichten liegen und
2. fakultativ die Plazentainsuffizienz histologisch verifiziert wird.

Vergleich PI/kR während der Schwangerschaft und postpartum

- 10 Fälle von PI/kR, die während der Schwangerschaft diagnostiziert wurden, können postpartum nicht bestätigt werden (Fall No. 3/6/7/9/10/11/12/14/15/17)
- 4 Fälle von PI/kR, die während der Schwangerschaft nicht diagnostiziert wurden, werden postpartum erst festgestellt (Fall No. 18/19/20/21)

TABELLE 38:

PI/kR im Vergleich:

- a) nur während der Schwangerschaft
- b) nur postpartum
- c) während der Schwangerschaft und postpartum
- d) während der Schwangerschaft und postpartum bzw. nur postpartum

	nur während SS	nur pp.	während SS und pp.	während SS und pp. bzw. nur pp.
Anzahl der Fälle	10	4 davon 1 Totgeburt	7	11
%	23%	9%	16%	25,5%

- Von den 17 (40%) während der Schwangerschaft diagnostizierten Fällen müssen also 10 (23%) Fälle als passagere PI/kR gewertet werden.
- 7 (16%) Fälle wurden während der Schwangerschaft diagnostiziert, die postpartum an Hand der histologischen Untersuchung der Plazenta bzw. der Perzentilenkurve der Geburtsgewichte bestätigt wurden.
- Die 4 Fälle (9%), die erst postpartum an Hand der Perzentilen-Kurve als kindliche Retardierungen/Mangelgeburten gewertet wurden, können ziemlich sicher auf eine Plazentainsuffizienz/Plazentadysfunktion zurückgeführt werden, die während der Schwangerschaft nicht festgestellt worden war. Andere Ursachen für die Mangelentwicklung dieser Neugeborenen können an Hand der Krankengeschichte ausgeschlossen werden, insbesondere:
 - hormonelle Störungen bei der Mutter während der Schwangerschaft
 - intrauterine Infektionen während der Schwangerschaft
 - Chromosomenanomalien beim Neugeborenen

TABELLE 39:

Passagere und konstante PI/kR beim
Untersuchungskollektiv

	Passagere PI/kR	während der SS/pp und pp. festge- stellte = konstan- te PI/kR
Anzahl der Fälle	10	11
%	23%	25,5%

- 11 Fälle (= 26%) von konstanter PI/kR lassen sich beim Untersuchungskollektiv nachweisen.
- Die 10 Fälle (23%) von passagerer PI/kR, die also nur während der Schwangerschaft bestanden, dürfen als erfolgreich therapiert angesehen werden. 2 von diesen Fällen wurden auch stationär behandelt, die restlichen 8 ambulant.

4.4.4.2.2 PI/kR nach der Geburt diagnostiziert -
beim Vergleichskollektiv

TABELLE 40:
PI/KR nach der Geburt diagnostiziert - beim Vergleichskollektiv

	Vergleichskollektiv																												
Fall No.*	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
PI histologisch verifiziert:																													
-1. Anlagestörung																													
-2. Reifungsstörung								8	9	10			14														29		
-3. Zirkulationsstör						7																							
-4. Alterungserschei- nung																													
-5. Entzündungen																													
KR durch Perzentil- lenkurve der Ge- burtsgewichte ver- ifiziert=Mangelentw.:																													
- 10er Perzentile	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
- 3er Perzentile				6						11									20		22			26		28	29		
Anzahl der Fälle :	28																												
°	168																												

*Die Fall Nummern werden von denjenigen übernommen, die während der Schwangerschaft schon als PI/kR diagnostiziert wurden.

- 1 Fall von PI/kR, die während der Schwangerschaft diagnostiziert wurde, kann postpartum nicht bestätigt werden (Fall No. 2)
- 19 Fälle von PI/kR, die während der Schwangerschaft nicht diagnostiziert wurden, werden postpartum erst festgestellt (Fall No. 10 bis 29)

TABELLE 41:

PI/kR im Vergleichskollektiv

- a) nur während der Schwangerschaft
- b) nur postpartum
- c) während Schwangerschaft und postpartum
- d) während Schwangerschaft/postpartum und nur postpartum

	nur während SS	nur pp.	während SS und pp.	SS/pp und nur pp.
Anzahl der Fälle	1	20	8	28
%	1%	12%	5%	16%

- Von den 9 (5%) während der Schwangerschaft diagnostizierten Fällen muß 1 Fall (1%) als passagere PI/kR betrachtet werden. Dieser Fall wurde ambulant erfolgreich therapiert.
- 8 (5%) Fälle, die während der Schwangerschaft diagnostiziert wurden, werden postpartal als Plazentainsuffizienz bestätigt. Die Therapie hat keine Wirkung gezeigt.

- 20 Fälle (12%) wurden erst postpartum als PI/kR diagnostiziert (Siehe unter: Teilnahme des Vergleichskollektivs an der Schwangerenberatung - Punkt 4.4.1.2.)

TABELLE 4 2 :

Passagere und konstante PI/kR
beim Vergleichskollektiv

	Passagere PI	während SS/pp. und pp. festgestellte PI/kR "konstante"
Anzahl der Fälle	1	28
%	1%	16%

28 Fälle (16%) einer PI/kR lassen sich beim Vergleichskollektiv während der Schwangerschaft: (8 Fälle) und postpartal: (20 Fälle) feststellen.

4.4.4.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor "postpartal diagnostizierte PI/kR"

Postpartal stehen beim Untersuchungskollektiv 11 Fälle = 25,5% dem Vergleichskollektiv mit 28 Fällen = 16% im Faktor postpartal diagnostizierte PI/kR gegenüber. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($P_2 > 5\%$).

- 4.4.4.3 Vergleich beider Kollektive bei der Gegenüberstellung: PI/kR während der Schwangerschaft und postpartal

TABELLE 43 :

Gegenüberstellung während der Schwangerschaft und postpartal diagnostizierte PI/kR beider Kollektive

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
während der SS diagnostiziert	17 (40%)	9 (5%)
postpartal diagnostiziert	11 (25,5%)	28 (16%)

Beim Untersuchungskollektiv bestätigte sich die Diagnose PI/kR postpartal bei 7 von 17 (41%) der während der Schwangerschaft diagnostizierten Fällen. Diese müssen als therapierefraktär gelten. Beim Vergleichskollektiv werden postpartal erst der große Anteil an PI/kR festgestellt, nämlich 20 von 28 (71%). Diese sind ohne Therapiemöglichkeit.

TABELLE 44:

Auswirkung der Therapie bei
beiden Kollektiven

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
I - Erfolgreiche Behandlung	von 17 Fällen: 10 (59%)*	von 9 Fällen: 1 (11%)*
davon ambu- lant erfolg- reich behan- delt	- 8	- 1
davon statio- när erfolg- reich behan- delt	- 2	- 0
II - therapiere- fraktäre Fälle (während SS und pp.festgestellt)	7 (41%)*	8 (89%)*
während der SS <u>nicht</u> diagnosti- zierte Fälle und postpartal fest- gestellte PI/kR (ohne Therapie- möglichkeit)	4 (% von 11 pp. Fällen: 36%)	20 (% von den 28 Fällen: 71%)

*% von der Gesamtsumme der in der Schwangerschaft fest-
gestellten Plazentainsuffizienzen/kindlichen Retardie-
rungen

4.4.5 Übertragung

In dieser Untersuchung wird unterschieden zwischen der rein (nach MARTIUS, (1981), FRIEDBERG/HIERSCHE (1975)

- zeitlichen Übertragung (absolute Übertragung) = Schwangerschaftsdauer von $\geq$ 42 Wochen
- Überreife des Kindes (relative Übertragung) = Überschreitung der zulässigen Tragzeit bei Plazentainsuffizienz

- Zur Bestimmung der zeitlichen Übertragung werden folgende Kriterien herangezogen:*

1. SSW $\geq$ 42 Wochen
2. Runge'sches Zeichen (Leibesumfang wird kleiner in Folge einer Fruchtwasserverminderung)
3. Östriol/24 Std (erniedrigte Werte)
4. Amnioskopie (gelb/gelblich grün/bräunlich) von Seiten des Neugeborenen:

1. Übertragungszeichen: Waschfrauenhände, Abschlüpfungen der Epidermis im Bereich der Beugefalten, Vernix caseosa fehlend, Lanugobehaarung fehlend, Fingernägel überlang, Skrotum/Labien-Rötung

- Zur Bestimmung der Überreife des Kindes (Überreifesyndrom) werden nur die Übertragungszeichen beim Neugeborenen herangezogen.

* Anmerkung:

Die zur Reifebestimmung geeignete Beurteilung der R-Zacken Amplitude im fetalen EKG (Fetales Elektrokardiographie) konnte in dieser Arbeit wegen der zu geringen Anzahl der vorgenommenen F-EKG's nicht berücksichtigt werden.

4.4.5.1 Übertragung (relative und absolute) beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 4 5:

Übertragung (relative und absolute) beim Untersuchungskollektiv

Untersuchungskollektiv								Anzahl (%)
Fall No.*	5	10	17	22				
Zeitliche Übertragung :								4 (9%)
- SSW ($\geq 42.$)	?	?	17	22				
- Runge	5	10						
- Östriol			17	22				
- Amnioskopie		10						
- Übertragungs- zeichen beim Neugeborenen	5	10	17	22				
Fall No.*	2	20	21	24	25	26	31	
Überreife des Kindes :								nur Überreife des Kindes: 7 (16%)
- Übertragungs- zeichen beim Neugeborenen	2	20	21	24	25	26	31	

* Ziffern aus der Statistik

Beim Untersuchungskollektiv kommen

- 4 (9%) Fälle von zeitlicher Übertragung (absolute Übertragung)
- 7 (16%) Fälle mit Überreife des Kindes (relative Übertragung)

vor.

Bei jeweils 1 Fall aus beiden Gruppe wurde eine PI/kR nachgewiesen,

davon ein Fall während der Schwangerschaft und postpartum,

der also als therapierefraktär bezeichnet werden muß.

- und ein Fall, der während der Schwangerschaft festgestellt wurde und postpartum nicht mehr nachweisbar, also erfolgreich therapiert worden war.

4.4.5.2 Übertragung (relative und absolute) beim Vergleichskollektiv

TABELLE 46:

Übertragung (relative und absolute) beim Vergleichskollektiv

Fall No.*	Vergleichskollektiv						Anzahl (%)
	10	15	16	21	29	41	
Zeitliche Übertragung:							6 (3,5%)
- SSW ($\geq 42.$)	10	15	16	21	29	41	
- Runge							
- Östriol							
- Amnioskopie			16	21			
- Übertragungszeichen beim Neugeborenen	10	15	16	21	29	41	
Fall No.*	11	13	17	19	20	20/1	
Überreife des Kindes:							6 (3,5%)
- Übertragungszeichen beim Neugeborenen	11	13	17	19	20	20/1	

*Ziffern aus der Statistik

Beim Vergleichskollektiv gibt es:

6 (3,5%) Fälle von absoluter Übertragung und

6 (3,5%) Fälle von relativer Übertragung

Zwei Fälle von Überreife des Kindes (relative Übertragung) sind gleichzeitig als Plazentainsuffizienz nachgewiesen:

- ein Fall wurde erst postpartum festgestellt, konnte also nicht therapiert werden
- ein Fall wurde während der Schwangerschaft festgestellt und postpartum ebenfalls, muß also als therapierefraktär gelten.

Ein Fall von zeitlicher Übertragung (absolute Übertragung) wurde gleichzeitig auch als Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung diagnostiziert und zwar während der Schwangerschaft und postpartal, muß also als therapierefraktär gelten.

4.4.5.3 Übertragung im Vergleich beider Kollektive

TABELLE 47:

Übertragung im Vergleich beider Kollektive

	Untersuchungs- kollektiv (%) = UK	Vergleichs- kollektiv (%) = VK	gleichzeitig PI nachgewie- sen	
			UK	VK
zeitliche Übertragung	4 (9%)	6 (3,5%)	1	1
Überreife des Kindes	7 (16%)	6 (3,5%)	1	2

Bei der absoluten Übertragung stehen sich 4 (9%) Fälle des Untersuchungskollektivs 6 (3,5%) des Vergleichskollektivs gegenüber.

Bei der relativen Übertragung sind beim Untersuchungskollektiv 7 (16%) nachgewiesen und beim Vergleichskollektiv 6 (3,5%) Fälle

Der Unterschied bei der absoluten Übertragung ist nicht signifikant ($P_2 > 5\%$).

Der Unterschied bei der relativen Übertragung ist sehr signifikant ($P_2 \leq 1\%$).

4.4.6. Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft

4.4.6.1 Stationäre Behandlung während der Schwangerschaft
beim Untersuchungskollektiv

4.4.6.1.1 Interne stationäre Behandlung beim Untersuchungs-
kollektiv während der Schwangerschaft

Bei 8 Frauen wurde eine stationäre Behandlung während
der Schwangerschaft notwendig, die in dem Krankenhaus
der Berliner Strafvollzugsanstalten durchgeführt
wurde (Innere Abteilung).

TABELLE 48 :

Interne stationäre Behandlung

Anzahl	SSW	Schwangerschaftsunspe- zifische Erkrankungen	Dauer des Krankenhaus- aufenthalts
6	32.	1 (1. Suizidgefährdung	1 Woche
		(2. Heroin-Entzug	1 Monat
	10.	Heroin-Entzug	1 Woche
	22.	Heroin-Entzug	1 Woche
	28.	Heroin-Entzug	1 Woche
	33.	Syphilis	3 Wochen
	28.	Syphilis	3 Wochen
	36.	Syphilis/Eisenman- gelanämie	1 Monat
		Schwangerschaftsspezi- sche und schwanger- schaftsunspezifische Erkrankungen	
2	32.	Präeklampsie/Heroin- Entzug/Nikotin- Abusus	6 Wochen
	38.	EPH-Gestose/Heroin- Entzug	5 Tage

4.4.6.1.2 Externe stationäre Behandlung beim Untersuchungs- kollektiv während der Schwangerschaft

Bei 12 Frauen wurde eine stationäre Behandlung in der Universitätsfrauenklinik Charlottenburg erforderlich. Hinzugenommen wurden auch diejenigen Frauen, die nach Entlassung aus der Haft wegen schwangerschaftsspezifischer Erkrankungen stationär behandelt werden mußten.

TABELLE 49 :

Externe stationäre Behandlung

Anzahl	SSW	Schwangerschaftsunspezifische Erkrankungen	Dauer des Krankenhausaufenthaltes
2	16.	Syphilis	10 Tage
	16.	Abdominalbeschwerden/ Schwindel	1 Tag
		Schwangerschaftsspezifische Erkrankungen	
4		28.SSW/FrühSS:	
	22.	vorzeitige Wehen	1 Woche
	22.	Plazentainsuffizienz/ Spätabort	3 Wochen
	24.	Blutung	1 Tag
	24.	EPH-Gestose	1 Woche
6		ab 28.SSW/SpätSS:	
	31.	drohende Frühgeburt	5 Wochen
	31.	erhebliche Mangelentwickl.	1 Woche
	33.	drohende Frühgeburt	1 Woche
	36.	drohende Frühgeburt	9 Tage
	38.	kindliche Retardierung	1 Tag
	39.	EPH-Gestose/vorzeitige Wehen	2 Tage

4.4.6.2 Stationäre Behandlung beim Vergleichskollektiv
während der Schwangerschaft

TABELLE 50:

Stationäre Behandlung beim Vergleichskollektiv

Anzahl	SSW	Schwangerschaftsunspezifische Erkrankungen
0	-	0
13		Schwangerschaftsspezifische Erkrankungen → 28. SSW/FrühSS
	18.	Abortus imminens/EPH-Gestose
	20.	" "
	24.	" "
	24.	" "
	26.	" "
	?	" "
	?	" "
	20.	Abortus imminens
	24.	"
	?	"
	?	Abortus imminens/Plazentainsuffizienz
	?	Abortus imminens/Mangelentwicklung
	?	" "
7		<u>ab 28. SSW/SpätSS</u>
	?	EPH-Gestose
	?	Mangelentwicklung
	30.	drohende Frühgeburt/Mangelentwicklung
	34.	Mangelentwicklung
	30.	drohende Frühgeburt
	32.	" "
	37.	" "

4.4.6.3 Vergleich beider Kollektive bei der stationären Behandlung während der Schwangerschaft

TABELLE 51:

Stationäre Behandlung beider Kollektive

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Schwanger- schaftsunspe- zifische Er- krankungen	8	0
Schwanger- schaftsspezi- fische Er- krankungen		
- → 28.SSW	4	13
ab 28.SSW	8	7
insgesamt	20	20
% am jeweili- gen Kollektiv	46,5%	12%

Bei 20 (46,5%) der inhaftierten schwangeren Frauen wurde eine stationäre Behandlung notwendig, wobei schwangerschaftsunspezifische und - spezifische Erkrankungen die Ursache dafür bildeten.

Da beim Vergleichskollektiv keine Hinweise auf stationäre Behandlung aufgrund schwangerschaftsunsspezifischer Erkrankungen vorhanden sind, ist es angemessener, nur die aufgrund schwangerschaftssspezifischer Erkrankungen erfolgte stationäre Behandlung beider Kollektive zu vergleichen.

Hier stehen 12 Fälle (28%) des Untersuchungskollektivs 20 Fällen (12%) des Vergleichskollektivs gegenüber, bei denen eine stationäre Behandlung infolge schwangerschaftsspezifischer Erkrankung notwendig wurde. Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($P_2 \leq 1\%$).

TABELLE 5 2 :

Stationäre Behandlung beider Kollektive
wegen schwangerschaftsspezifischer Er-
krankungen

	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv
Anzahl der Frauen	intern 2	extern 10	20
%	28%		12%

4.5 Geburtsverlauf

4.5.1 Asphyxie

In dieser Untersuchung wird

1. die i.u. Asphyxie durch die Kriterien
 - CTG - (Decelerationen)
 - Amnioskopie - (mekoniumhaltiges Fruchtwasser (bräunlich/grünlich))
 bestimmt
2. die postpartal festgestellte Asphyxie des Neugeborenen bestimmt, und zwar an Hand
 - des Apgar-Score (ab ≤ 7) und wenn vorhanden
 - des pH-Wertes der Nabelarterie ($\leq 7,29$)

Einteilung des Apgar-Score (Asphyxie-Index)

(modifiziert nach FRIEDBERG/HIERSCHKE)

Aufstellung 2:

Punktzahl		0	1	2	Summe		
Herzfrequenz		keine	$< 100/\text{min}$	$> 100/\text{min}$	Zeitpunkt		
					1'	5'	10'
Atmung		keine	unregelmäßig/langsam/schnappend	regelmäßig/schreierend			
Muskeltonus		schlaff	schwache Bewegungen, Flexionsbewegung	kräftige Bewegungen			
Reflexe beim Absaugen		keine	Grimassen	kräftiges Schreien/Niesen			
Hautfarbe		blaß, zyano-tisch	Extremitätenzyanose/Körper rosig	rosig			

Punktzahlen:	8 - 10	lebensfrisches Kind
	6 - 7	mittelschwere Depression
	4 - 5	schwere Depression
	1 - 3	schwerste Depression
	0	totes Kind

Einteilung des pH NA

> 7,30	= normale Azidität
7,20 - 7,29	= leichte Azidität
7,10 - 7,19	= mäßige Azidität
7,00 - 7,09	= fortgeschrittene Azidität
< 7,00	= schwere Azidität

- 4.5.1.1 Intrauterine Asphyxie
 4.5.1.2 Postpartale Asphyxie
 4.5.1.1.1 Intrauterine Asphyxie beim Untersuchungskollektiv
 4.5.1.2.1 Postpartale Asphyxie beim Untersuchungskollektiv

TABELLE 53:

Intrauterine/postpartale Asphyxie beim
 Untersuchungskollektiv

Intrauterine Asphyxie:	Untersuchungskollektiv									
Fall Nr.	7	10	13	19	20	32				
CTG (Decelerationen)	7	10	13	19	20					
Amnioskopie (bräunlich/grünlich)	7	10	13			32				
Postpartale Asphyxie :										
Fall Nr.	7	10	13	19	20	32	35	40	41	
Apgar-Score (≤ 7)	0	3/ 10	2/6/ 8	7/ 10	2/9	5/7	4/ 10	7/ 9	6/9/ 10	
pH Na-Score ($\leq 7,29$)		7,07			7,32 norm		7,38 norm			

Beim Untersuchungskollektiv kommt es in 6 Fällen (14%) zur Entwicklung einer intrauterinen Asphyxie, die auch als postpartale Asphyxie bestätigt wird. Postpartal erscheinen noch zusätzlich 3 asphyktische Neugeborene = 9 Fälle (21%).

4.5.1.1.2 und
4.5.1.2.2

Intrauterine und postpartale Asphyxie beim Vergleichskollektiv

TABELLE 54 :

Intrauterine und postpartale Asphyxie beim Vergleichskollektiv

Intrauterine Asphyxie:																
Fall Nr.	1/2	1/3	1/4	6/3	11/2	12/4	13/3	21/1	21/4	24/2	25/4	27/3	28/1	30/3	40/1	41/1
CTG (Decelerationen)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Amnioskopie (grünlich/ bräunlich)			+	+			+			+				+		
postpartale Asphyxie :																
Fall Nr.	1/2	1/4	6/3	11/1	11/2	12/4	13/3	21/1	21/3	24/2	26/3	28/4	30/3			
Apgar-Score (5 7)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
pH Na Score (7,29)	7,19	7,10					7,09						7,21			

Beim Vergleichskollektiv wird in 16 Fällen (9%) die Diagnose i.u. Asphyxie gestellt. Von diesen 16 Fällen werden 9 auch noch postpartal als asphyktisch beschrieben. Zusätzlich werden weitere 4 asphyktische Neugeborene postpartal diagnostiziert, also insgesamt 13 Fälle (7,5%).

- 4.5.1.1.3 Vergleich beider Kollektive bei den Faktoren:
und Intrauterine Asphyxie und postpartale Asphyxie
4.5.1.2.3

TABELLE 55:

Vergleich beider Kollektive bei den Faktoren:
Intrauterine Asphyxie und postpartale Asphyxie

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
i.u. Asphyxie	6 (14%)	16 (9%)
pp. Asphyxie	9 (21%)	13 (7,5%)

Die Unterschiede bei der i.u. Asphyxie sind nicht signifikant ($P_2 > 5\%$). Dagegen sind die postpartal festgestellten asphyktischen Neugeborenen beim Untersuchungskollektiv signifikant häufiger vertreten ($P_2 \leq 5\%$).

4.5.2 Operative Entbindung

In dieser Untersuchung kommen folgende operative Entbindungsarten vor.

AUFSTELLUNG 3:

In den Kollektiven vorkommende operative Entbindungsarten mit Indikationen

Entbindungsart	mütterliche Indikation	kindliche Indikation
Sectio caesarea	alte I. Para	-i.u. Asphyxie -Beckenendlage -Geburtsstillstand mit i.u. Asphyxie bei EPH-Gestose der Mutter
Zangenextraktion "Forceps"		-i.u. Asphyxie -Geburtsstillstand
Vakuumextraktion "Saugglocke"	-Wehenschwäche -respiratorische Insuffizienz bei Recurrenzparese	-i.u. Asphyxie -Geburtsstillstand -Querstand Beckenboden

- 4.5.2.1 Operative Entbindung beim Untersuchungskollektiv
 4.5.2.2 Operative Entbindung beim Vergleichskollektiv
 4.5.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
 "Operative Entbindung"

TABELLE 55:

Operative Entbindungsarten mit Indikation beim
 Untersuchungskollektiv und Vergleichskollektiv

Entbindungsart mit Indikation	Untersuchungs- kollektiv - Anzahl	Vergleichs- kollektiv - Anzahl
Sectio caesarea:	gesamt 3	gesamt 7
- alte I. para		1
- Beckenendlage		2
- Geburtsstill- stand mit i.u. Asphyxie bei EPH-Gestose	1	
- i.u. Asphyxie	2	3
- Geburtsstill- stand		1
FORCEPS:	gesamt 0	gesamt 5
- i.u. Asphyxie		4
- Geburtsstill- stand		1
Vakuumextraktion:	gesamt 2	gesamt 15
- Wehenschwäche		1
- respirat. Insuffi- zienz - mütterl.		1
- i.u. Asphyxie	2	10
- Geburtsstill- stand		2
- Querstand Becken- boden		1
Anzahl insgesamt	5	27

TABELLE 56:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Operative Entbindung"

	Untersuchungs- kollektiv - Anzahl	Vergleichs- kollektiv - Anzahl
Sectio caesarea	3	7
Forceps	0	5
Vakuumextraktion	2	15
insgesamt (%)	5 (12%)	27 (16%)

Beim Vergleichskollektiv kommen 4% mehr operative Entbindungen vor als beim Untersuchungskollektiv. Dieser Unterschied ist aber noch nicht signifikant. ($P_2 > 5\%$). Forceps-Entbindungen erscheinen nur beim Vergleichskollektiv.

Den größten Anteil sowohl beim Untersuchungskollektiv als auch beim Vergleichskollektiv stellt bei den Indikationen die intrauterine Asphyxie:

(80%) 4 von 5 Fällen (=100%) beim Untersuchungskollektiv und (63%) 17 von 27 Fällen (=100%) beim Vergleichskollektiv.

4.5.3 Intrauteriner Fruchttod

4.5.3.1 Lediglich beim Untersuchungskollektiv ereignet sich ein i.u. Fruchttod.

4.5.3.2 Der Unterschied zum Vergleichskollektiv ist nicht

4.5.3.3 signifikant ($P_2 > 5\%$). Die Fallzahl ist für die statistische Berechnung zu gering.

Im Folgenden wird der einzelne Fall ausführlicher dargestellt.

Intrauteriner Fruchttod beim Untersuchungskollektiv

AUFSTELLUNG 4:

Ursachen des intrauterinen Fruchttodes beim beschriebenen Fall des Untersuchungskollektivs

<u>Festgestellte Krankheiten</u>	<u>ausgeschlossen</u>
EPH-Gestose	Syphilis (WaR Ø)
- polysymptomatisch:	Morbus haemolyticus neonaturum (AK Ø)
Hypertonus	Mißbildungen,
Ödeme	Plazenta praevia (Ultraschallfetometrie)
	→ akute Plazentainsuffizienz
	<u>mögliche Ursachen</u>
	Nabelschnurkomplikation
	vorzeitige Lösung der normal-sitzenden Plazenta
	Infektion
	chronische Plazentainsuffizienz

Die Patientin wurde in der 30. SSW stationär in die Universitätsfrauenklinik Charlottenburg wegen einer polysymptomatischen EPH-Gestose (Ödeme, Hypertonie) aufgenommen. Diagnostisch wurde festgestellt:

Ultraschallfetometrie:	30. SSW
	Hydramnion
Labor:	HPL/E ₃ im unteren Normbereich
Amnioskopie:	1. gelblich-grün
	2. bräunlich

Die Patientin bekam Wehen und wurde von einem 2500 g schweren und 39 cm großen, toten, schon mazerierten Kind entbunden. Das Kind war nicht mangelentwickelt.

Als Ursache kommt eine chronische Plazentainsuffizienz infolge einer polysymptomatischen EPH-Gestose in Frage.

Geburtsverletzungen der Frau

4.5.4 Dammriß

Es wird unterschieden zwischen Dammriß I und II.
Dammriß III wird nicht in den Krankengeschichten erwähnt.

4.5.4.1 Dammriß beim Untersuchungskollektiv

4.5.4.2 Dammriß beim Vergleichskollektiv

4.5.4.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Dammriß

TABELLE 57:

Vergleich beider Kollektiv beim Faktor: Dammriß

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Dammriß I	3	9
Dammriß II	2	1
Insgesamt (%)	5 (12%)	10 (6%)

Beim Untersuchungskollektiv werden doppelt so viele Dammrisse festgestellt wie beim Vergleichskollektiv. Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven ist bei diesem Faktor nicht signifikant ($P_{2,5\%}$).

4.5.5. Cervixriß

4.5.5.1 Cervixriß beim Untersuchungskollektiv

4.5.5.2 Cervixriß beim Vergleichskollektiv

4.5.5.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Cervixriß

TABELLE 58:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Cervixriß

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Cervixriß	1	3
%	2%	2%

Der Prozentsatz an Cervixrissen ist bei beiden Kollektiven gleich.

Beim Vergleichskollektiv ist deutlich der Zusammenhang zu operativen Entbindungsarten zu erkennen:

Die Cervixrisse traten bei 2 Fällen mit Vakuumextraktion und 1 Fall mit Forceps auf.

4.6 Nachgeburtsverlauf

4.6.1 Plazentaretention

- Es wird auf eine funktionelle Inkarzeration (Placenta incarcerata) rückgeschlossen bei den Angaben: "manuelle Plazentalösung" ohne pp.Blutung.
- Eine Placenta adhaerens liegt vor bei den Angaben: "manuelle/oder Lösung durch Curettage mit einer pp. Blutung" = verstärkte Lösungsblutung $\searrow$ 300 mg = Blutung in der Plazentaperiode.

Es werden die Ergebnisse der histologischen Untersuchung der Plazenten, sofern vorgenommen, mit angeführt.

- Eine Placenta accreta wird nicht beschrieben.

4.6.1.1 Plazentaretention beim Untersuchungskollektiv

4.6.1.2 Plazentaretention beim Vergleichskollektiv

4.6.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:

Plazentaretention

TABELLE 59:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:

Plazentaretention

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Placenta incarce- rata (Therapie: manuelle Lösung)	2	1
Placenta adhaerens (Therapie:manuelle Lösung/Curettage)	10*	6**
Insgesamt (%)	12 (28%)	7 (4%)

*davon 1 Fall histologisch untersucht: vaskuläre PI/
Entzündung der Dezidua.

** davon 1 Fall histologisch untersucht: Plazenta bibolata/
nicht ausgereift

Bei 12 Fällen (28%) des Untersuchungskollektivs kommt es
in der Nachgeburtsperiode zu einer Plazentaretention gegen-
über 7 Fällen (4%) beim Vergleichskollektiv. Dieser Unter-
schied ist sehr signifikant ($P_2 \leq 1\%$).

4.6.2 Postpartale Blutung/postplazentare Blutungen

Die "verstärkte Lösungsblutung" (>300 ml.) im Zusammenhang mit einer Placenta adhaerens wurde im vorhergehenden Kapitel beschrieben.

In diesem Kapitel werden folgende postpartale (post-plazentare) Blutungen angeführt (Menge > 500 ml.):

- atonische Blutungen infolge Störungen der Uteruskontraktion (Plazenta schon vollständig entwickelt).
- atonische Blutungen wegen Uteruskontraktionsstörung, infolge verbliebener Plazentarestes.
- Rißblutungen infolge Verletzung der Geburtswege.
- Koagulopathien werden nicht in dieser Untersuchungsarbeit genannt.

- 4.6.2.1 Postplazentare Blutung beim Untersuchungskollektiv
 4.6.2.2 Postplazentare Blutung beim Vergleichskollektiv
 4.6.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
 "Postplazentare Blutung"

TABELLE 60 :

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
 "Postplazentare Blutung"

Atonische Nach- blutung durch:	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
1. Uterusatonie	1. 1500 ml.	1. 500 ml. 2. 500 ml. 3. 500 ml. 4. 500 ml. 5. 500 ml.
2. Uterusatonie infolge Plazentarestes	2. 1500 ml. 3. 1500 ml. 4. 1200 ml. 5. 700 ml. 6. 500 ml. 7. 500 ml.	6. 500 ml. 7. 500 ml. 8. 500 ml. 9. 500 ml.
Rißblutung (Mengenangabe)	1. 800 ml. Cervixriß	1. 500 ml. Cervixriß
Insgesamt (%)	8 (19%)	10 (6%)

Beim Untersuchungskollektiv erscheinen 6 der 10 Fälle von Placenta adhaerens auch unter der Rubrik "atonische Nachblutung" infolge verbliebener Plazentarestes im Cavum uteri. Der Blutverlust beträgt 500 ml. und er tritt nach der unvollständig geborenen Plazenta auf.

Beim Vergleichskollektiv erscheinen 4 der 9 Fälle von Placenta adhaerens auch unter der Rubrik "atonische Nachblutung".

Bei 8 Fällen (19%) des Untersuchungskollektivs finden sich postplazentare Blutungen, wobei die atonischen Nachblutungen infolge Uteruskontraktionsstörungen bei verbliebenen Plazentaresten den Hauptanteil ausmachen.

Demgegenüber sind beim Vergleichskollektiv lediglich 10 Fälle (6%) von postplazentarer Blutung.

Dieser Unterschied ist signifikant ($P_2 < 2,5\%$).

TABELLE 61:

Ursachen und Therapieformen bei den atonischen Blutungen.

Fall	Untersuchungskollektiv		Vergleichskollektiv	
	Ursache	Therapie	Ursache	Therapie
1	Uterusatonie	medikamentös	Uterusatonie	medikamentös
2	Uterusatonie infolge Plazentaresten	Curettage	" "	" "
3	" "	"	" "	" "
4	" "	manuelle Lösung	" "	" "
5	" "	Curettage	" "	" "
6	" "	"	Uterusatonie infolge Plazentaresten	manuelle Lösung
7	" "	"	" "	" "
			8	" "
			9	" "

4.7 Wochenbett

4.7.1 Endometritis

Folgende Kriterien führen zur Feststellung einer Endometritis puerperalis:

- putride Lochien
- subfebrile Temperaturen
- eventuell: Lokalschmerz

4.7.1.1. Endometritis beim Untersuchungskollektiv

4.7.1.2 Endometritis beim Vergleichskollektiv

4.7.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
Endometritis puerperalis

TABELLE 62 :

Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
Endometritis puerperalis

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Endometritis puerperalis	2	14
%	4%	8%

Endometritiden kommen beim Untersuchungskollektiv nur halb so viele vor wie beim Vergleichskollektiv. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant ($P_2 > 5\%$).

4.7.2 Thrombose

4.7.2.1 Thrombose beim Untersuchungskollektiv

4.7.2.2 Thrombose beim Vergleichskollektiv

4.7.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Thrombose
Lediglich beim Untersuchungskollektiv wird eine oberflächliche Beinvenenthrombose beschrieben.
($P_2 > 5\%$) = keine Signifikanz.

4.7.3 Stillen

Aussagen lassen sich nur über das Stillverhalten während des stationären Aufenthaltes machen.

4.7.3.1 Stillen beim Untersuchungskollektiv

4.7.3.2 Stillen beim Vergleichskollektiv

4.7.3.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Stillen

TABELLE 63:

Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Stillen

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Stillen	21	133
%	50%	77%

Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven ist bei diesem Faktor signifikant ($P_2 < 1\%$).

4.8 Das Neugeborene

Beschreibung der Neugeborenen

4.8.1 das reife Neugeborene (rechtzeitig/eutroph)

4.8.2 das Frühgeborene $\begin{cases} \geq 38. \text{ SSW} & 10 - 90 \text{ Perzentile} \\ \leq 41. \text{ SSW} \end{cases}$

a) unreife Neugeborene:

Tragzeit (29.-37. SSW) $\hat{=}$ Geburtsgewicht (10-90 Perzentile)

b) unreife hypotrophe Neugeborene/Früh-Mangelgeborene:

Tragzeit (29.-37.SSW) entspricht nicht Geburtsgewicht (≤ 10 Perzentile)

4.8.3 das Mangelgeborene

a) reife hypotrophe Neugeborene - small for date babies:

Tragzeit (≥ 38 SSW) entspricht nicht dem Geburtsgewicht (≤ 10 Perzentile)

b) unreife hypotrophe Neugeborene: siehe 4.8.2 b

c) übertragene hypotrophe Neugeborene:

Tragzeit $\hat{=}$ 42.SSW - Übertragungszeichen - Gewicht ≤ 10 Perzentile

4.8.4 das übertragene Neugeborene

a) übertragene Neugeborene:

Tragzeit $\geq 42. \text{ SSW}$ - Übertragungszeichen

b) $\hat{=}$ 4.8.3 c)

4.8.5 das Neugeborene mit Überreifesyndrom

Tragzeit $\leq 41. \text{ SSW}$ - Übertragungszeichen

Aus dieser Einteilung ergibt sich, daß folgende Neugeborene mehrfach genannt werden:

A) Beim Untersuchungskollektiv:

2 Früh/Mangelgeborene einmal unter:

- Frühgeborenen und ein zweites Mal unter:

- Mangelgeborenen

1 Mangelgeborenes mit Überreifesyndrom als:

- Überreifesyndrom

- Mangelgeborenes

6 rechtzeitige, eutrophe Neugeborene mit Überreifesyndroms als:

- rechtzeitige Neugeborene

- Überreifesyndrom

B) Beim Vergleichskollektiv

4 Früh/Mangelgeborene als:

- Frühgeborene
- Mangelgeborene

1 übertragenes Mangelgeborenes als

- übertragenes Neugeborenes
- Mangelgeborenes

2 Mangelgeborene mit Überreifesyndrom

4 rechtzeitige, eutrophe Neugeborene mit Überreifesyndrom (wie oben)

4.8.1 Rechtzeitiges, eutrophes Neugeborenes

Definition: Tragzeit ≥ 38 . SSW - ≤ 41 . SSW - Körpergewicht innerhalb der 10 - 90 Perzentile

4.8.1.1 Rechtzeitiges, eutrophes Neugeborenes beim Untersuchungskollektiv

4.8.1.2 Rechtzeitiges, eutrophes Neugeborenes beim Vergleichskollektiv

4.8.1.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Rechtzeitiges, eutrophes Neugeborenes

TABELLE 6 4:

Vergleich beider Kollektive bei der Anzahl der "reifen Neugeborenen"

	Untersuchungs- kollektive	Vergleichs- kollektiv
reifes Neugeborenes	25	128
%	58%	74%

Beim Vergleichskollektiv gibt es signifikant ($P_{2,5\%}$) mehr reife Neugeborene als beim Untersuchungskollektiv.

TABELLE 65:

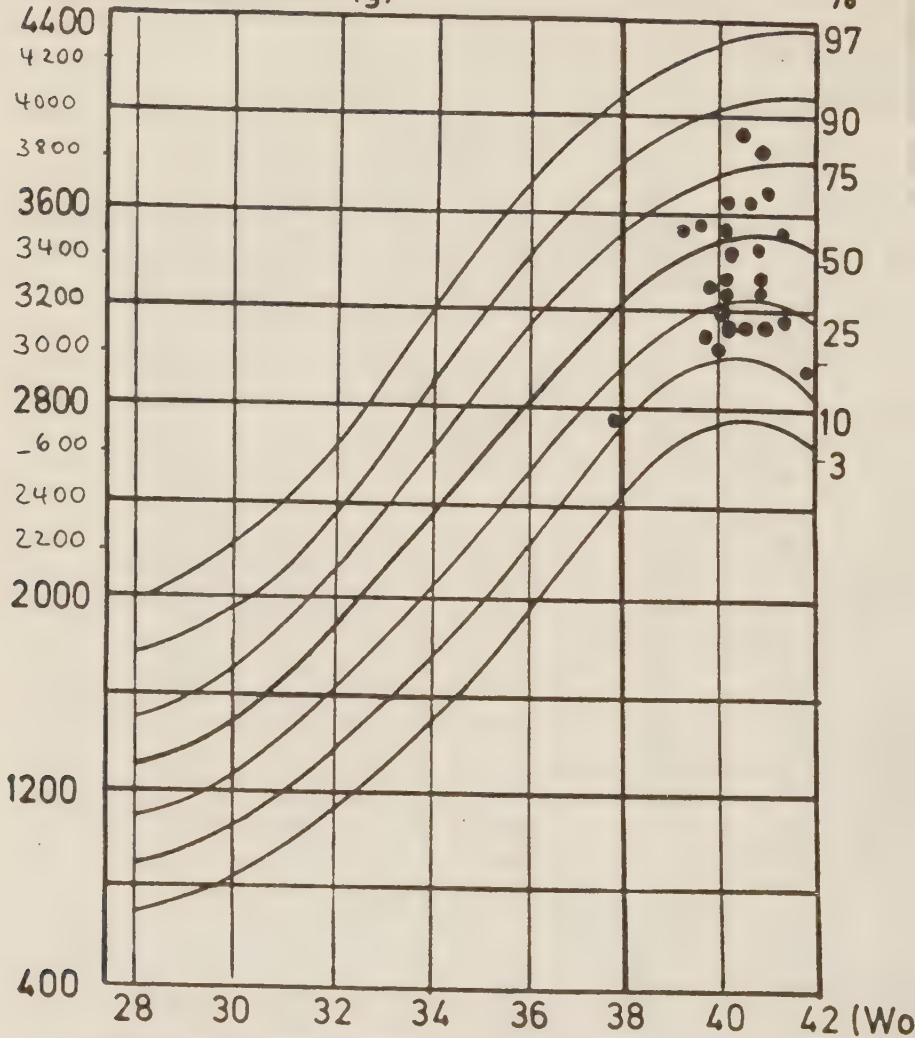
Geburtsgewichte der reifen Neugeborenen

Untersu- chungskoll.		V e r g l e i c h s k o l l e k t i v						
g		g		g	g	g	g	g
1	297o		325o	328o	325o	33oo	35oo	293o
2	365o		3oo0	35oo	35oo	46oo	319o	336o
3	329o		359o	285o	292o	322o	324o	319o
4	347o		4oo0	275o	3o5o	341o	338o	
5	325o		376o	35oo	314o	38oo	284o	
6	299o		372o	351o	345o	31oo	34oo	
7	359o		353o	294o/ 274o	3oo0	29oo	338o	
8	351o		364o	315o	347o	34oo	33oo	
9	32oo		356o	356o	326o	365o	285o/ 27oo	
1o	328o		295o	367o	36oo	39oo	364o	
11	351o		38oo	292o	366o	355o	27oo	
12	27oo		29oo	3o5o	343o	3o2o	364o	
13	34oo		328o	3o7o	39oo	32oo	34oo	
14	361o		3o7o	325o	441o	299o	332o	
15	365o		355o	318o	384o	335o	342o	
16	335o		3o5o	369o	336o	347o	298o	
17	332o		345o	27oo	33oo	41oo	397o	
18	38oo		312o	291o	373o	361o	387o	
19	317o		37oo	32oo	365o	385o	373o	
2o	348o		33oo/ 28oo	29oo	325o	385o	3o4o	
21	315o		315o	353o	375o	3o5o	3o2o	
22	318o		34oo	394o	3o1o	3ooo	41oo	
23	3ooo		32oo	348o	327o	39oo	42oo	
24	315o		323o	271o	29oo	4o8o	32oo	
25	385o		325o	31oo	34oo	388o	326o	

DIAGRAMM 1:

Reife Neugeborene des Untersuchungskollektivs

GEBURTSGEWICHT (g)



(Hickl, 1972)

Zeichenerklärung: • reife Neugeborene des Untersuchungskollektivs n = 25 (58%)

4.8.2 Das Frühgeborene

Definition: Tragzeit zwischen 29. SSW - 38. SSW (p.m.), Körpergewicht innerhalb der 10 - 90 Perzentile (Ausnahme: 4 Früh-/Mangelgeborene beim Vergleichskollektiv und 2 Früh-/Mangelgeborene beim Untersuchungskollektiv: Gewicht liegt unter der 10 Perzentile)

4.8.2.1 Das Frühgeborene beim Untersuchungskollektiv

4.8.2.2 Das Frühgeborene beim Vergleichskollektiv

4.8.2.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Das Frühgeborene"

TABELLE 66:

Vergleich beider Kollektive bei der Anzahl der Frühgeborenen

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Frühgeborene	6	15
%	14%	9%

Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven ist bei der Anzahl der Frühgeborenen nicht signifikant* ($P_2 < 20\%$)

*siehe Hinweis unter Punkt 4.8.6 ("geringe Fallzahl")

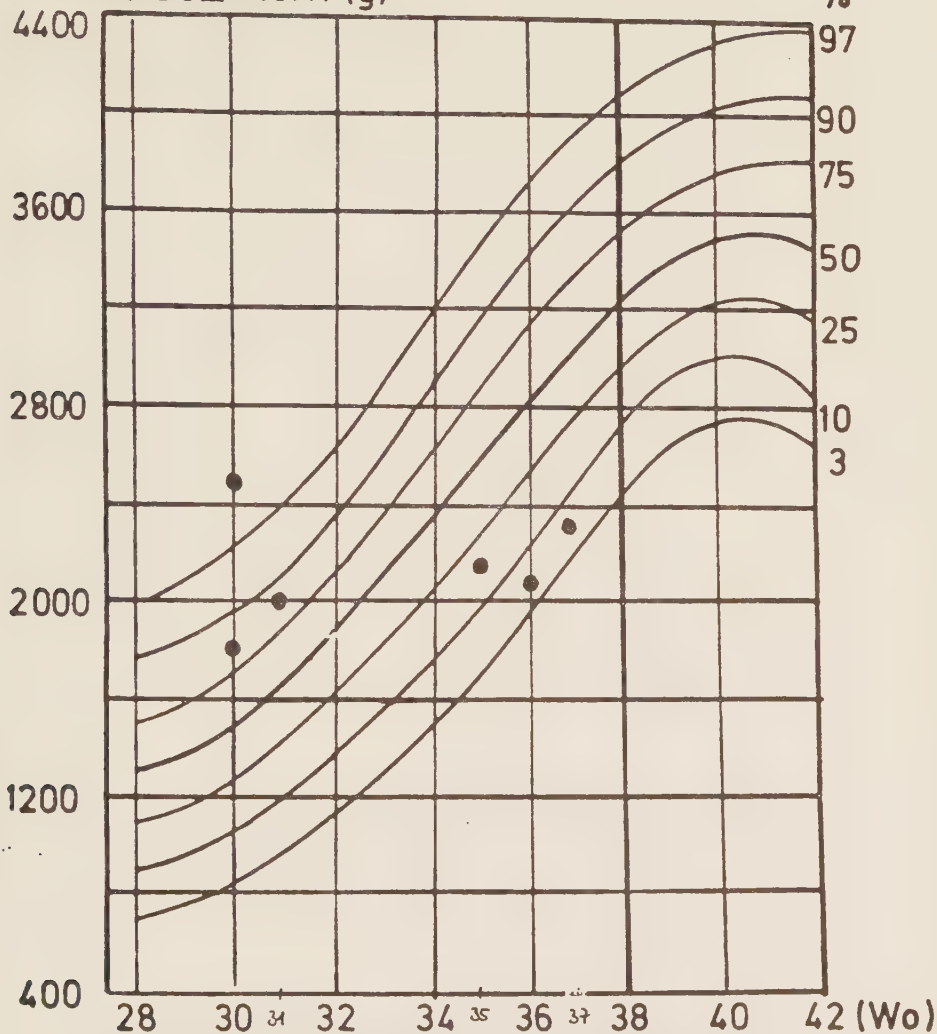
TABELLE 67:

Geburtsgewichte und SSW der Frühgeborenen

Untersuchungskollektiv		Vergleichskollektiv	
	SSW		SSW
2340	37.	2240	36.
2000	31.	1720	32.
2180	35.	1330	30.
2050	36.	2530/2200	37.
1800	30.	2130	35.
2500	30	1960	34.
		2500	36.
		1740	34.
		1400	30.
		2550/2400	37.
		2400	37.
		2420	37.
		2600	34.
		2420	35.
		1250	32.

GEBURTSGEWICHT (g)

%



Neugeborenengewicht in Percentilen
(Hickl, 1972) $n = 6$ (14%)

4.8.3 Das Mangelgeborene

Synonyma: Dysmaturität, Small-for-date babies, intra-uterine Dystrophierung, reife hypotrophe Neugeborene.

Definition: Tragzeit 38. SSW - 42. SSW,
Körpergewicht $\leq$ 10 Perzentile

(Ausnahme: siehe unter: das Frühgeborene 4.8.2)

In der Literatur gibt es zur Definition der Mangelentwicklung unterschiedliche Angaben:

So definieren SIMON (1973) und FRIEDBERG/HIERSCHE (1975) die Mangelentwicklung als Untergewichtigkeit unterhalb der 10 Perzentile.

MARTIUS (1981) dagegen legt die 3 Perzentile als Maßstab für die Mangelentwicklung an.

In dieser Untersuchung wird dieser Definition insofern Rechnung getragen als bei einer Untergewichtigkeit unterhalb der 3 Perzentile von starker Mangelentwicklung gesprochen wird. Desweiteren wird aber auch die Untergewichtigkeit unterhalb der 10 Perzentile als Mangelentwicklung gewertet, so wie es auch in der Universitäts-frauenklinik Anwendung findet.

Definition der Mangelentwicklung

Mangelentwicklung bedeutet die Untergewichtigkeit eines Neugeborenen im Verhältnis zur Schwangerschaftsdauer. Als Bezugsgröße dient die Standardwachstumskurve, welche die Geburtsgewichte und ihre Streuung in Beziehung zur Tragzeit darstellt.

- Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unterhalb der 10 Perzentile gelten als mangelentwickelt.
- Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unterhalb der 3 Perzentile gelten als stark mangelentwickelt.

4.8.3.1 Mangelgeborene beim Untersuchungskollektiv

4.8.3.2 Mangelgeborene beim Vergleichskollektiv

Tabelle 66:

Geburtsgewichte der Mangelgeborenen

Untersuchungskollektiv			Vergleichskollektiv		
SSW	10 Perzent.	davon 3 Perzentile	SSW	10 Perzent.	davon 3 Perzentile
40	2180	+	41	2830	-
40	2010	+	42	2800	-
36	2050 Früh/Mangel	-	40	Übertr/Mang 2800	-
40	2370	+	40	2800	-
39	2240	+	40	2800	-
41	2740	-	40	2800	-
41	2600	+	40	2790	-
37	2340 Früh/Mangel	-	39	2750	-
40	2900	-	40	2750	-
			40	2720	-
			39	2690	-
			41	2680	+
			39	2660	-
			40	2650	+
			40	2640	+
			39	2630	+
			40	2550	+
			41	2520	+
			39	2520	+
			40	2500	+
			39	2490	+
			37	2490	-
			Früh/Mangel		
			37	2400	-
			Früh/Mangel		
			40	2140	+
			40	2340	+
			34	1740	-
			Früh/Mangel		
			39	1470	+
			32	1250	-
			Früh/Mangel		
Anzahl %	9 (21%)	5 (12%)		28 (16%)	12 (7%)

4.8.3.3 Vergleich beider Kollektive bei der Anzahl der Mangelgeborenen

TABELLE 6 9 :

Vergleich beider Kollektive bei der Anzahl der Mangelgeborenen

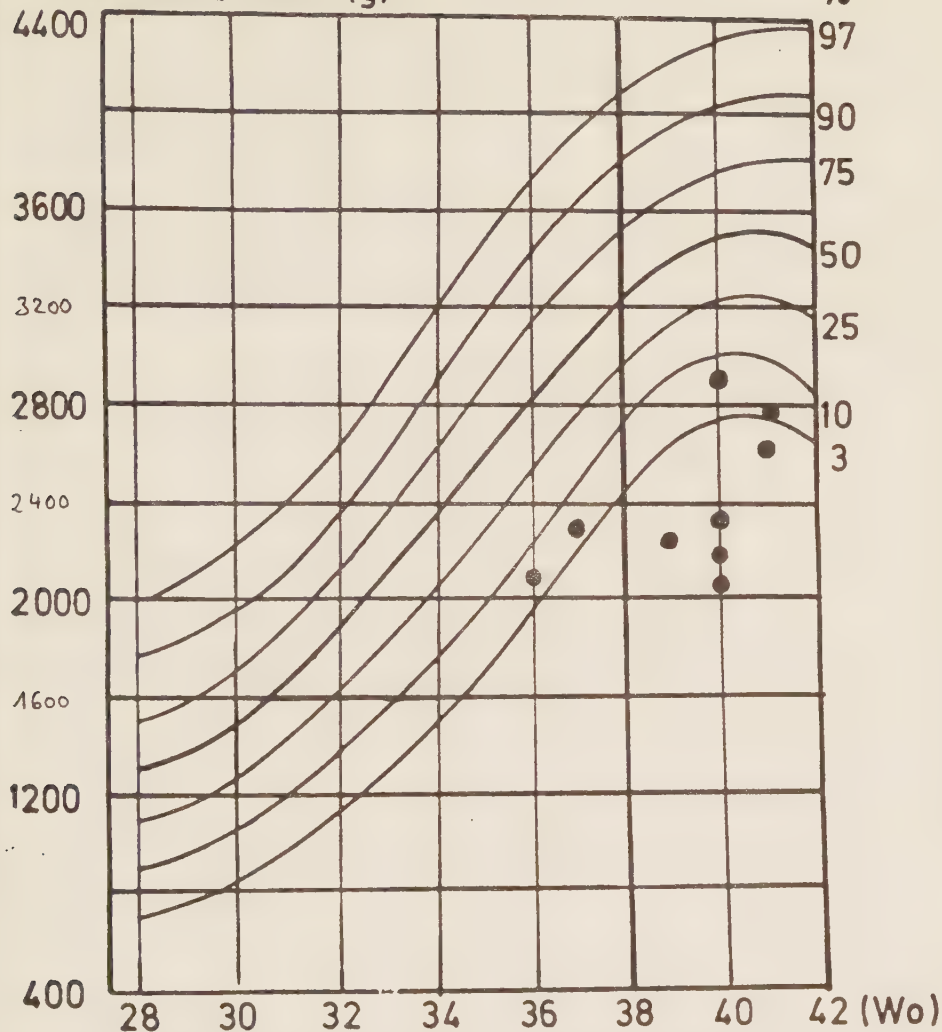
	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Mangelgeborene		
10er Perzentile	4 (9%)	16 (9%)
3er Perzentile	5 (12%)	12 (7%)
Insgesamt (%)	9 (21%)	28 (16%)

Insgesamt stehen 9 (21%) Fälle mangelentwickelte Neugeborene beim Untersuchungskollektiv 28 (16%) Fälle beim Vergleichskollektiv gegenüber. Stark mangelentwickelte Neugeborene (3. Perzentile) sind mit 5 (12%) Fälle beim Untersuchungskollektiv und mit 12 (7%) Fälle beim Vergleichskollektiv vertreten. Die Unterschiede sind nicht signifikant* ($P_2 > 5\%$) weder bei den Neugeborenen der 10. Perzentile noch bei denen der 3. Perzentile.

* siehe Hinweis unter Punkt 4.8.6 ("geringe Fallzahl")

GEBURTSGEWICHT (g)

%



Neugeborenengewicht in Percentilen
(Hickl, 1972)

Geburtsgewichte der mangelentwickelten Neugeborenen
des Untersuchungskollektivs n = 9 (21%)

4.8.4 Das übertragene Neugeborene

Synonyma: absolute Übertragung

Definition: Tragzeit $\geq$ 42 Wochen,

Neugeborenes: Übertragungszeichen

(siehe unter Punkt 4.4.5 "Übertragung")

Die Bedeutung der Tragzeitüberschreitung für das Neugeborene entspricht derjenigen der Mangelentwicklung aufgrund einer Plazentadysfunktion/Plazentainsuffizienz für das Neugeborene.

4.8.4.1 Übertragene beim Untersuchungskollektiv

4.8.4.2 Übertragene beim Vergleichskollektiv

4.8.4.3 Vergleich beider Kollektive bei dem Faktor:
"Übertragene Neugeborene"

TABELLE 7 0:

Vergleich zwischen den Kollektiven beim Faktor:
"Übertragene Neugeborene"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Übertragene	4	6
%	9%	3,5%

Tabelle 71:

Geburtsgewichte der Übertragenen

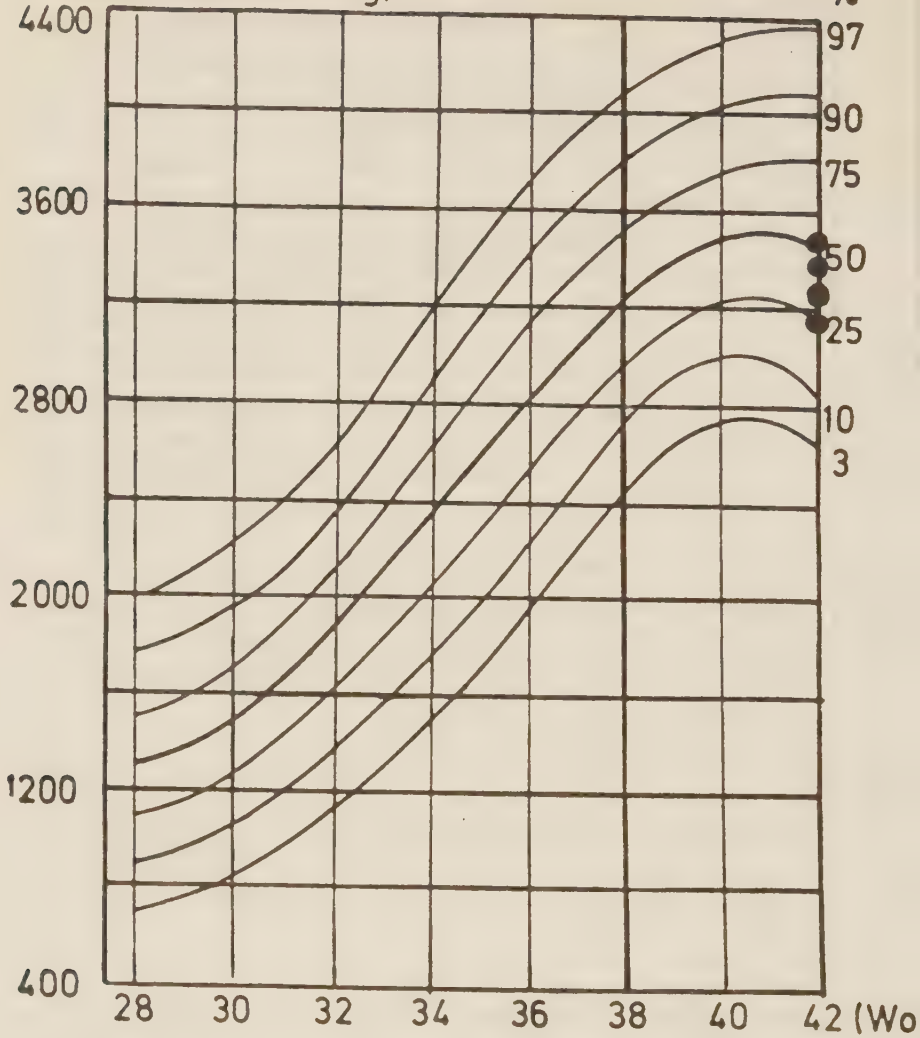
Untersuchungskollektiv		Vergleichskollektiv	
SSW	Gewicht	SSW	Gewicht
42.	3250	42.	3620
43.	3190	42.	3770
42.	3350	43.	3310
42.	3430	42.	3550
		42.	2800 Mangel-/Über- tragenes
		43.	3660

4 übertragene Neugeborene (9%) erscheinen beim Untersuchungskollektiv, wohingegen beim Vergleichskollektiv lediglich 6 (3,5%) Fälle vorkommen. Dieser Unterschied ist aber noch nicht signifikant* ($P_2 > 5\%$).

*siehe Hinweis unter Punkt 4.8.6 ("geringe Fallzahl")

DIAGRAMM 4 :

GEBURTSGEWICHT (g)



Neugeborenengewicht in Percentilen

(Hickl, 1972)

Geburtsgewichte der übertragenen Neugeborenen beim Untersuchungskollektiv (alle auf 42. SSW) n = 4 (9%)

4.8.5 Das Neugeborene mit Überreifesyndrom

Synonyma: relative Übertragung

Definition: Neugeborenes mit Übertragungszeichen

Die Tragzeit ist normal $\leq$ 41. SSW

Da eine Plazentainsuffizienz per definitionem besteht, wird aber die zulässige Tragzeit in diesen Fällen überschritten.

Diese Begründung kann beim Untersuchungskollektiv in einem von 7 Fällen bestätigt werden (6 rechtzeitige eutrophe Kinder mit Übertragungszeichen und 1 mangelentwickeltes Kind mit Übertragungszeichen). Beim Vergleichskollektiv bestätigt sich der Verdacht auf eine Plazentainsuffizienz in 2 Fällen von 6 Fällen (4 rechtzeitige, eutrophe Kinder mit Übertragungszeichen und 2 mangelentwickelte Kinder mit Übertragungszeichen).

4.8.5.1 Überreifesyndrom beim Untersuchungskollektiv

4.8.5.2 Überreifesyndrom beim Vergleichskollektiv

4.8.5.3 Überreifesyndrom im Vergleich beider Kollektive

TABELLE 7 2 :

Überreifesyndrom im Vergleich beider Kollektive

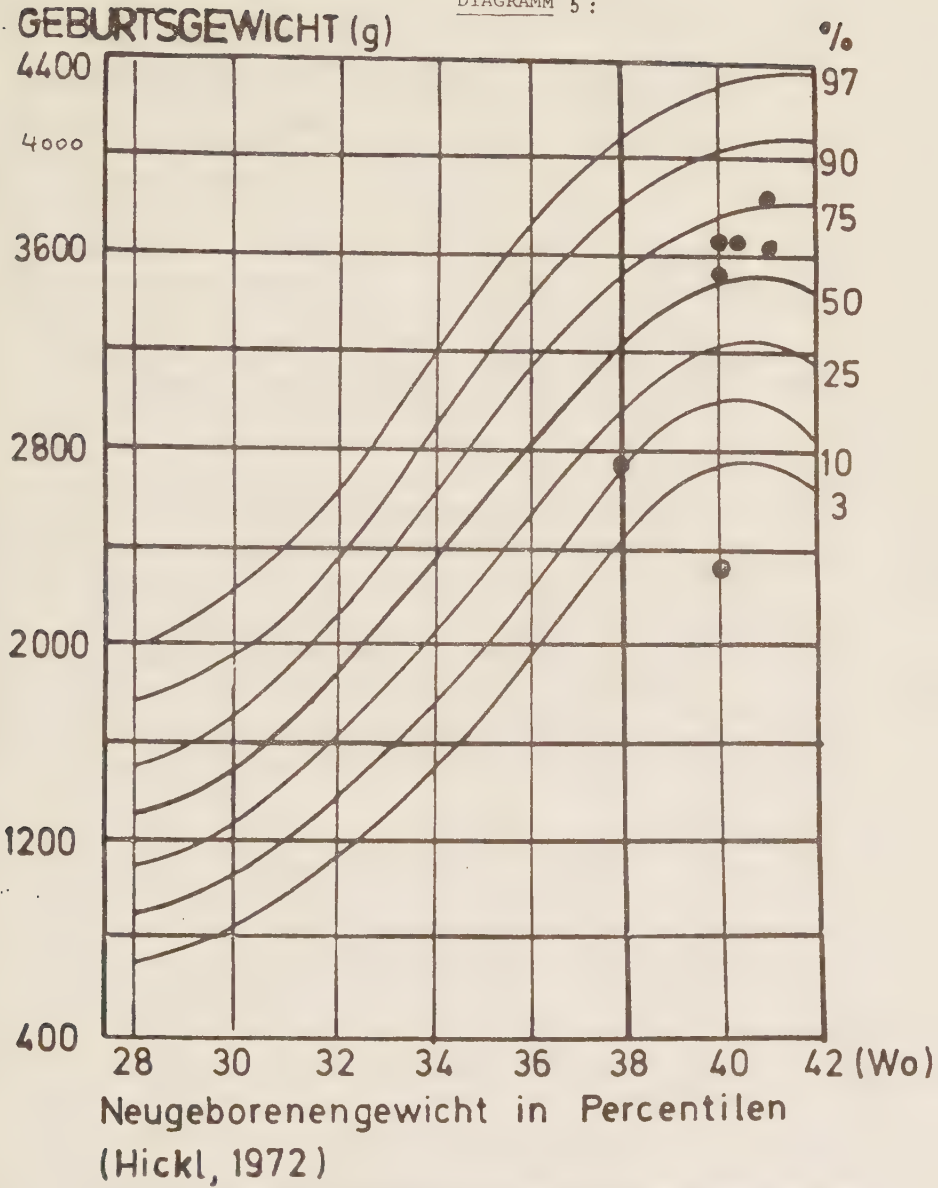
	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Überreifesyndrom	7	6
%	16%	3,5%

Tabelle 73: Geburtsgewichte der Neugeborenen
mit Übertragungszeichen

Untersuchungskollektiv		Vergleichskollektiv	
Gewicht	SSW	Gewicht	SSW
3650	40.	3500	40.
3510	40.	2790 Mangelentw./ Übertrag.z.	40.
2700	38.	2690 Mangelentw./ Übertrag.z.	39.
3610	41.	3150	41.
3650	40.	3070	40.
2370 Mangelentw./ Übertrag.z.	40.	3530	40
3800	41.		

7 Neugeborene mit Übertragungszeichen 20%
werden beim Untersuchungskollektiv angegeben. Beim
Vergleichskollektiv lediglich 6 (3,5%) Fälle.
Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($P_2 < 1\%$).

DIAGRAMM 5:



Geburtsgewichte der Neugeborenen des Untersuchungskollektivs
mit Übertragungszeichen $n = 7$ (16%)

4 .8.6

Gegenüberstellung:

<u>Rechtzeitige eutrophe Neugeborene</u>	<u>Regelwidrige Neugeborene</u>
	- Frühgeborene - Mangelgeborene - Übertragene - Neugeborene mit Übertragungszeichen

Bei der statistischen Auswertung obengenannter Daten fiel auf, daß bei den rechtzeitigen, eutrophen Neugeborenen ein signifikanter ($P_2 < 5\%$) Unterschied zwischen Untersuchungskollektiv und Vergleichskollektiv besteht, jedoch bei der einzelnen Gegenüberstellung von Frühgeborenen/Mangelgeborenen/Übertragenen des Untersuchungskollektivs bzw. Vergleichskollektivs jeweils keine signifikanten ($P_2 > 5\%$) Unterschiede feststellbar sind. Der Grund hierfür liegt in der geringen Fallzahl, so daß erst bei der Gesamtgegenüberstellung der rechtzeitigen, eutrophen Neugeborenen zu den regelwidrigen Neugeborenen eine signifikante Differenz ($P_2 < 5\%$) feststellbar ist.

TABELLE 7 4 :

Gegenüberstellung rechtzeitige, eutrophe Neugeborene -
regelwidrige Neugeborene

Neugeborene (= NG)	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv	Signifikanz
rechtzeitige NG	25 (58%)	128 (74%)	$P_2 < 5\%$ = signifikant
regelwidrige NG insgesamt:	18 (42%)	44 (26%)	$P_2 < 5\%$ = signifikant
davon:*			
-Frühgeborene	6 (14%)	15 (9%)	$P_2 > 5\%$ = nicht signif.
-Mangelgebo- rene	9 (21%)	28 (16%)	$P_2 > 5\%$ = nicht signif.
-Übertragene	4 (9%)	6 (3,5%)	$P_2 > 5\%$ = nicht signif.
-NG mit Über- tragungszei- chen	7 (16%)	6 (3,5%)	$P_2 < 1\%$ = sehr signif.

*Die Gesamtsumme der regelwidrigen Neugeborenen ist nicht identisch mit der Summe der einzelnen Arten der regelwidrigen Neugeborenen, da Kombinationen von den einzelnen Arten bei einem Neugeborenen auftreten können (siehe dazu Punkt 4.8 das Neugeborene).

4.8.7 Krankheiten der Neugeborenen

4.8.7.1 Krankheiten der Neugeborenen beim Untersuchungs- kollektiv

Beschreibung der Neugeborenen-Krankheiten beim
Untersuchungskollektiv.

Bei den Krankheiten der Neugeborenen spiegeln sich
auch die Krankheiten wider, die die Frauen in der
Schwangerschaft zur stationären Behandlung brachten:
Syphilis, Heroin-Entzug.

- Es sind die 4 Frauen, die keinen Heroin-Entzug
gemacht haben und deren Neugeborene Heroin-Ent-
zugerscheinungen zeigen. Dazu gehören nach STAUBER
et al. (1982)
 - Unruhe
 - schrilles Schreien
 - Zittern
 - Tachykardie
 - Schwitzen
 - Fieber
 - generalisierte Krämpfe
- Es sind die 4 Frauen, die wegen einer diagnosti-
zierten Syphilis in stationäre Behandlung kamen,
deren Neugeborene an Lues connata erkrankt sind.
- Die Mütter der 2 Neugeborenen mit kongenitaler
Hepatopathie sind Heroinabhängige, die während der
Schwangerschaft einen Entzug unternommen haben.
Zudem wurde bei einer Mutter eine Lues-Behandlung
während der Schwangerschaft durchgeführt, und bei
der anderen Mutter wurde eine Hepatitis in der
Anamnese genannt und während der Haftzeit wurde
eine ambulante Antibiotika-Behandlung wegen einer
diagnostizierten Gonorrhoe durchgeführt.
- Die 3 Neugeborenen mit Atemnotsyndrom sind mit
einer Ausnahme eines rechtzeitigen, euthropen Neu-
geborenen mit Übertragungszeichen Frühgeborene.
Die Mutter des einen Frühgeborenen wurde noch prä-
partal mit Prednisolon behandelt, um die Ausbil-
dung von hyalinen Membranen in dem Lungengewebe

des Foeten zu verhindern.

- Die 2 Neugeborenen mit Herzvitien sind ebenfalls Mangelgeborene bzw. Frühmangelgeborene.
Eine Mutter wurde wegen einer Lues-Erkrankung während der Schwangerschaft antibiotisch behandelt.
- Die 2 Neugeborenen mit Hydrocephali sind ebenfalls Mangelgeborene bzw. Frühmangelgeborene.
Eine Mutter wurde in der Schwangerschaft wegen Syphilis-Erkrankung stationär antibiotisch behandelt. Die andere Mutter zeigte während der Schwangerschaft einen Röteln-Titer (1:256), der eine akute Infektion für möglich erscheinen ließ.

Weitere Krankheiten bei den Neugeborenen des Untersuchungskollektivs lassen sich wie folgt beschreiben:

- Magen-Darm-Erkrankungen
- Haut- und Schleimhautentzündungen
- Hyperbilirubinämie (stationäre Phototherapie-Behandlung)

4.8.7.2 Krankheiten der Neugeborenen beim Vergleichskollektiv
Folgende Krankheiten erscheinen beim Vergleichskollektiv:

- Atemnotsyndrom
- Fehlbildungen, angeborene Anomalien durch Erbfaktoren oder Viruserkrankungen bedingt (Herzvitien)
- Clavicular-Fraktur, eine typisch geburtsbedingte Verletzung.

TABELLE 75:

Krankheiten der Neugeborenen in Gruppen eingeteilt

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Lues connata	4	0
Atemnotsyndrom	3	2
kongenitale Hepatopathie	2	0
Heroin-Entzug	4	0
<u>Frakturen:</u>		
- Clavicularfraktur	0	1
<u>angeborene Fehlbildungen:</u>		
- Vitium cordis congenitum	2	5
- Hydrozephalus	2	0
- Hexadaktylie	0	1
- Klumpfüße	0	1
- Osophagus-Atresie	0	1
<u>Magen-Darm-Erkrankungen:</u>		
- Gastroenteritis/Dyspepsie	1	0
<u>Haut -/Schleimhautentzündungen</u>		
- Nabelinfektion	1	0
- Soordermatitis	1	0
- Bauchhautekzem	1	0
- Pharyngitis	1	0
<u>Hyperbilirubinämie</u>	1	0

TABELLE 7 6 :

Krankheiten der Neugeborenen im Vergleich zwischen
Untersuchungskollektiv und Vergleichskollektiv

Untersuchungskollektiv		Vergleichskollektiv	
Neugeborenes (= NG)	Krankheit	Neugeborenes (= NG)	Krankheit
Übertragenes	kongenitale Hepatopathie	Frühgeborenes	Ösophagus- Atresie
rechtzeitiges NG	Gastroenteritis Pharyngitis Bauchhautekzem	Frühgeborenes	Klumpfüße
Frühgeborenes	Ateminsuffizi- enz (+)	rechtzeitiges NG	Anämie
rechtzeitiges NG mit Übertragungsz.	Atemnotsyndrom Nabelinfektion	Früh-/Mangel- geburt	Atemnotsyndrom
Frühgeborenes	Atemnotsyndrom	Frühgeborenes	Ateminsuffiz.
Mangelgeborenes	v.a. Herzvitium	rechtzeitiges NG	Herzvitium
Früh-/Mangelge- geborenes	Ventrikelsepti- kumdefekt, Hydro- cephalus	rechtzeitiges NG	Ventrikelsepti- kumdefekt
Mangelgeborenes m. Übertrag.z.	v.a. Hydrocephalus (Sonnenunter- gangssphänomen)	Mangelgeborenes mit Übertrag.z.	Ventrikelsepti- Hexadaktylie
Früh-/Mangelgeb.	Heroin-Entzug	Mangelgeborenes m. Übertrag.z.	Ventrikelsepti- kumdefekt
rechtzeitiges NG	Heroin-Entzug (Krampfbereit- schaft)	rechtzeitiges NG	Ventrikelsepti- kumdefekt
Mangelgeborenes	Heroin-Entzug Soordermatitis	rechtzeitiges NG	Clavicular- fraktur
rechtzeitiges NG	Heroin-Entzug konn. Lues, kong. Hepathopathie		
rechtz. NG m. Übertrag.z.	Lues connata		
rechtz. NG	v.a. Lues conn.		
rechtz. NG	Dyspepsie Ausschluß Lues conn.		
rechtz. NG	Hyperbilirubin- ämie		
Anzahl	16 37%	Anzahl	11 6%

+ gestorben mit 5 Monaten an Pneumonie (Haft)

4.8.7.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor:
"Krankheiten der Neugeborenen"

TABELLE 77:

Statistische Tabelle der Krankheiten bei den
Neugeborenen beider Kollektive

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv	Signifikanz
Anzahl	16	11	$P_2 < 1\%$
%	37%	6%	

Der Unterschied bei diesem Faktor ist zwischen beiden Kollektiven sehr signifikant ($P_2 \leq 1\%$). Diese Signifikanz bleibt bestehen, auch wenn die besonderen Fälle der heroinabhängigen Mütter mit ihren Neugeborenen, die an einem Heroin-Entzugs-syndrom erkrankten, aus der Statistik herausge-nommen würden.

4.8.7.3.1 Angeborene Fehlbildungen bei den Neugeborenen
beider Kollektive

TABELLE 78:

Vergleich zwischen beiden Kollektiven bei
"angeborenen Fehlbildungen"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv	Signifikanz
Anzahl	4	8	< 20
%	9%	5%	

Beim Untersuchungskollektiv kommen angeborene Fehlbildungen bei den Neugeborenen nicht signi-fikant häufiger vor. ($P_2 > 5\%$)

4.8.7.4 Perinatale Sterblichkeit

= Totgeborene ab 1000 g Geburtsgewicht und postnatale Todesfälle der lebendgeborenen Kinder bis einschließlich des 7. Lebenstages.

Untersuchungs-kollektiv		Vergleichs-kollektiv		BRD 1975
Anzahl	%	Anzahl	%	%
1	2%	0	0	$19,3^{0/00}$ $\hat{=} 1,9\%$

Säuglingssterblichkeit

= Sterblichkeit der Lebendgeborenen bis zum Ende des 1. Lebensjahres.

Untersuchungs-kollektiv		BRD 1975
Anzahl	%	$19,8^{0/00}$
1	2%	$\hat{=} 1,98\%$
mit 5 Monaten an Pneumonie in der Haftan- stalt gestorben		

Das Vergleichskollektiv kann nicht herangezogen werden, weil die Neugeborenen nicht über den Klinikaufenthalt der Mutter (maximal 7 d) beobachtet wurden. Die Säuglingssterblichkeitsrate des Untersuchungskollektivs beruht nur auf unvollständigen Angaben, da nur die Kinder, die zusammen mit ihrem Müttern in die Vollzugsanstalt gekommen sind, berücksichtigt werden konnten.

4.8.8 Adoption

4.8.8.1 Adoption beim Untersuchungskollektiv

4.8.8.2 Adoption beim Vergleichskollektiv

4.8.8.3 Vergleich beider Kollektive beim Faktor: Adoption

Der erwartete große Anteil der Neugeborenen des Untersuchungskollektivs, der zur Adoption freigegeben wird, hat sich statistisch in dieser Untersuchungsarbeit bestätigt. Es besteht ein sehr signifikanter Unterschied ($P_2 < 1\%$) in der Adoptionshäufigkeit zwischen Untersuchungskollektiv und Vergleichskollektiv.

TABELLE 7 9 :

Vergleich beider Kollektive beim Faktor: "Adoption"

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv
Anzahl	9	5
%	21%	3%

4.9 Mutter-Kind-Beziehung

Aus den Faktoren Stillen (4.9.1) und Adoption (4.9.2) lassen sich Rückschlüsse auf die Mutter-Kind-Beziehung ziehen.

4.9.1 Stillen

4.9.2 Adoption

4.9.3 Vergleich beider Kollektive in der Mutter-Kind-Beziehung

TABELLE 80 :

Vergleich beider Kollektive in der Mutter-Kind-
Beziehung anhand der Faktoren: Stillen/Adoption

	Untersuchungs- kollektiv	Vergleichs- kollektiv	Signifikanz
Stillen	21	133	$p_2 \leq 1\%$
%	50%	77%	
Adoption	9	5	$p_2 \leq 1\%$
%	21%	3%	

Die Frauen des Untersuchungskollektivs stillen ihre Kinder sehr signifikant weniger als die des Vergleichskollektivs; sie geben signifikant häufiger ihre Kinder zur Adoption frei.

5.0 Aufstellung der signifikanten und der nicht-signifikanten Ergebnisse.

Im folgenden werden zunächst die statistisch signifikanten Ergebnisse genannt:

- Bei den sozialen Daten:

- Berufszugehörigkeit

Bei den inhaftierten schwangeren Frauen gibt es eine größere Anzahl, die eine angelernte Tätigkeit ausüben und eine geringere Anzahl von Angehörigen der Lehrberufen.

- unbekannter Vater des zu erwartenden Kindes

Beim Untersuchungskollektiv gibt es eine größere Anzahl von unbekannten Vätern der zu erwartenden Kinder.

- Bei den allgemeinanamnestischen Daten:

- Nikotin

Raucherinnen sind bei den inhaftierten Frauen stärker vertreten.

- Drogen

Drogenabhängige erscheinen gehäuft beim Untersuchungskollektiv, unter dem Vorbehalt, daß bei den inhaftierten Frauen die Angaben zu diesem Punkt als vollständig beträcht werden können, wohingegen beim Vergleichskollektiv sicher keine Vollständigkeit erreicht werden kann.

Bei den gynäkologisch-geburtshilflichen anamnetischen Daten

- Abort in der Anamnese

Die inhaftierten schwangeren Frauen geben eine größere Anzahl von Abort in der Anamnese an.

Bei den Daten zum Schwangerschaftsverlauf

- Teilnahme an der (externen) Schwangerenberatung

Das Untersuchungskollektiv nimmt weit weniger die Schwangerenberatung außerhalb der Vollzugsanstalt in Anspruch als das Vergleichskollektiv.

- Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung während der Schwangerschaft

Beim Untersuchungskollektiv kommen weit mehr Fälle vor als beim Vergleichskollektiv.

- Übertragung (relative: nur Übertragungszeichen beim Kind)

Eine größere Anzahl von Neugeborenen mit Übertragungszeichen kommen beim Untersuchungskollektiv vor.

- Stationäre Behandlung wegen schwangerschaftsspezifischer Erkrankung

Beim Untersuchungskollektiv müssen weit mehr Schwangere stationär behandelt werden.

Bei den Daten zum Geburtsverlauf

- pp. Asphyxie

An Asphyxien postpartal leiden mehr die Foeten des Untersuchungskollektivs.

Bei den Daten zum Nachgeburtsverlauf

- Plazentaretention

Plazentaretentionen kommen vermehrt beim Untersuchungskollektiv vor.

- postpartale/postplazentare Blutung

Auch hier treten beim Untersuchungskollektiv mehr Fälle auf.

Bei den Daten zum Wochenbett

- Stillen

Das Vergleichskollektiv stillt weit häufiger als das Untersuchungskollektiv.

Bei den Daten zum Neugeborenen

- Reife Neugeborene

Beim Vergleichskollektiv gibt es weit mehr reife Neugeborene als beim Untersuchungskollektiv.

- Neugeborene mit Überreifesyndrom

Neugeborene mit Übertragungszeichen erscheinen vermehrt beim Untersuchungskollektiv.

- Gesamtsumme der regelwidrigen Neugeborenen

Beim Untersuchungskollektiv gibt es weit mehr regelwidrige Neugeborene: Frühgeburten, Mangelgeburten, übertragene Neugeborene als beim Vergleichskollektiv.

Krankheiten der Neugeborenen

- Die Neugeborenen des Untersuchungskollektivs sind mit einer größeren Krankheitsziffer belastet als die des Vergleichskollektivs.

Adoption des Neugeborenen

Weit mehr Neugeborene des Untersuchungskollektivs werden zur Adoption freigegeben.

Aufstellung 5 : signifikanten Ergebnisse der
Untersuchungsarbeit

Daten (Nr.)	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv		Signifikanz
	Anzahl	%	Anzahl	%	
4.1 <u>Soziale Daten :</u>					
4.1.2 Berufszugehörigkeit					
- angelernte Tätig- keit	14	33%	32	18%	$P_2 \leq 5\%$
- Lehrberufe	6	14%	64	37%	$P_2 \leq 1\%$
4.1.5 - unbekannter Vater	27	63%	49	28,5%	$P_2 \leq 1\%$
4.2 <u>Allgemein-Anamnese:</u>					
4.2.1 - Nikotin	12	28%	9	5%	$P_2 \leq 1\%$
4.2.2 - Drogen	4	9%	2	1%	$P_2 \leq 5\%$
4.3 <u>Gyn/Geburtshilfl.</u> <u>Anamnese:</u>					
4.3.1 - Abort	12	28%	17	10%	$P_2 \leq 1\%$

Fortsetzung der Aufstellung der signifikanten
Ergebnisse der Untersuchungsarbeit

Daten (Nr.)	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv		Signifikanz
	Anzahl	%	Anzahl	%	
4.4 <u>SS-Verlauf :</u>					
4.4.1 - Teilnahme an SB	24	56%	131	76%	$P_2^{\leq} 1\%$
4.4.4 - Plazentainsuffiz. kindl.Retardier. während der SS (4.4.4.1)	17	40%	9	5%	$P_2^{\leq} 1\%$
4.4.5 - Übertragung (relative)	7	16%	6	3,5%	$P_2^{\leq} 1\%$
4.4.6 - Stationäre Behand- lung wegen SS- spezif.Krankheiten	12	28%	20	12%	$P_2^{\leq} 1\%$
4.5 <u>Geburtsverlauf :</u>					
4.5.1 - pp. Asphyxie (4.5.1.2)	9	21%	13	7,5%	$P_2^{\leq} 5\%$
4.6 <u>Nachgeburtsverlauf:</u>					
4.6.1 - Plazentaretention	12	28%	7	4%	$P_2^{\leq} 1\%$
4.6.2 - pp. Blutung	8	19%	10	6%	$P_2^{\leq} 5\%$

Fortsetzung der Aufstellung der signifikanten
Ergebnisse der Untersuchungsarbeit

Daten (Nr.)	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv		Signifikanz
	Anzahl	%	Anzahl	%	
4.7 <u>Wochenbett:</u> 4.7.3 - Stillen	21	50%	133	77%	$P_2 \leq 1\%$
4.8 <u>Neugeborene:</u> 4.8.1 - reife NG	25	58%	128	74%	$P_2 \leq 5\%$
4.8.5 - NG mit Überreife- syndrom	7	16%	6	3,5%	$P_2 \leq 1\%$
4.8.6 - regelwidrige NG	18	42%	44	26%	$P_2 \leq 5\%$
4.8.7 - Krankheiten der NG	16	37%	11	6%	$P_2 \leq 1\%$
4.8.8 - Adoption der NG	9	21%	5	3%	$P_2 \leq 1\%$

Nicht signifikante Ergebnisse liegen bei folgenden Parametern vor:

- Bei den sozialen Daten

- Berufszugehörigkeit

Hausfrauen und Schülerinnen sind bei beiden Kollektiven annähernd gleich stark vertreten. Mehr aus statistischen Gründen erscheint keine Signifikanz bei den Akademikerinnen, obwohl diese beim Vergleichskollektiv in 6-facher Anzahl vorkommen als beim Untersuchungskollektiv.

- Bei den gynäkologisch-geburtshilflich anamnestischen Daten

- Frühgeburten in der Anamnese

Eine größere Anzahl von Frühgeburten in der Anamnese nennen die inhaftierten Frauen, jedoch bleibt der Unterschied ohne Signifikanz.

- Abruptiones in der Anamnese

Abruptiones werden mehr beim Vergleichskollektiv genannt, jedoch bleibt der Unterschied ohne Signifikanz.

- Bei den Daten zum Schwangerschaftsverlauf

- Abortus imminens

Annähernd gleiche Ergebnisse bei beiden Kollektiven finden sich bei dem drohenden Abort, der stationär behandelt wurde.

- Abortus completus

Lediglich beim Untersuchungskollektiv kommt ein Fall vor.

- EPH-Gestose

Vom Untersuchungskollektiv erkrankten mehr Schwangere an einer EPH-Gestose.

- postpartal festgestellte Plazentainsuffizienz/
kindliche Retardierung
Beim Untersuchungskollektiv werden eine größere
Anzahl von PI/kR postpartal festgestellt
- Übertragung (absolute: Tragzeitüberschreitung
und Übertragungszeichen)
Beim Untersuchungskollektiv kommen mehr Fälle von
absoluter Übertragung vor.
- Bei den Daten zum Geburtsverlauf
 - i.u. Asphyxie
Intrauterine Asphyxien werden vermehrt bei den
Foeten des Untersuchungskollektivs beschrieben.
 - operative Entbindung
Das Vergleichskollektiv ist mit einer größeren An-
zahl von operativen Entbindungen belastet.
 - i.u. Fruchttod
Lediglich beim Untersuchungskollektiv kommt ein
Fall vor.
 - Geburtsverletzung der Frau: Dammriß
Doppelt so viele Frauen des Untersuchungskollektivs
als beim Vergleichskollektiv erleiden einen Damm-
riß.
 - Geburtsverletzung der Frau: Cervixriß
Der Prozentsatz an Cervixrissen ist bei jedem
Kollektiv gleich.
- Bei den Daten zum Wochenbett
 - Endometritis
Hierbei ist das Vergleichskollektiv häufiger ver-
treten.
 - Thrombose
Nur beim Untersuchungskollektiv kommt ein Fall
einer oberflächlichen Beinvenenthrombose vor.

- Bei den Daten zum Neugeborenen

- Frühgeborene

Beim Untersuchungskollektiv werden mehr Frühgeborene zur Welt gebracht.

- Übertragene

Auch Übertragene Neugeborene sind beim Untersuchungskollektiv stärker vertreten.

- Mangelgeborene

Mangelgeborene kommen auch häufiger beim Untersuchungskollektiv vor.

Aufstellung 6 : nicht signifikanten Ergebnisse
der Untersuchungsarbeit

Daten (Nr.)	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv		Signifikanz Alle $P_2 > 5\%$
	Anzahl	%	Anzahl	%	
4.1 Sozial Daten					
4.1.2 - Berufszugehörig- keit					
Hausfrauen	14	33%	33	19%	
Schülerinnen	2	4%	5	3%	
Akademikerinnen	1	2%	20	12%	
4.3 Gyn/Geburtshilfl. Anamnese:					
4.3.2 - Frühgeburten	3	7%	4	2%	
4.3.3 - Abruptio	4	9%	30	17%	
4.4 SS-Verlauf					
4.4.2 - Abortus imminens	3	7%	13	7,5%	
4.4.2.1 - Abortus comple- tus 4.2.2	1	2%	0	0%	
4.4.3 - EPH-Gestose	20	47%	57	33%	
4.4.4 - PI/kR postpartal (4.4.4.2)	11	25,5%	28	16%	
4.4.5 - Übertragung	4	9%	6	3,5%	

Fortsetzung der Aufstellung der nicht signifikanten
Ergebnisse der Untersuchungsarbeit

Daten (Nr.)	Untersuchungs- kollektiv		Vergleichs- kollektiv		Signifikanz alle $P_2 > 5\%$
	Anzahl	%	Anzahl	%	
4.5 Geburtsverlauf					
4.5.1 - i.u. Asphyxie	6	14%	16	9%	
4.5.1.1					
4.5.2 - operative Ent- bindung	5	12%	27	16%	
4.5.3 - i.u. Fruchttod	1	2%	0	0%	
4.5.4 - Dammriß	5	12%	10	6%	
4.5.5 - Cervixriß	1	2%	3	2%	
4.7 Wochenbett					
4.7.1 - Endometritis	2	4%	14	8%	
4.7.2 - Thrombose	1	2%	0	0%	
4.8. Neugeborene					
4.8.2 - Frühgeborene	6	14%	15	9%	
4.8.3 - Mangelgeborene	9	21%	28	16%	
4.8.4 - Übertragene	4	9%	6	3,5%	
4.8.7.3.1 angeborene Fehlbil- dungen der NG	4	9%	8	5%	

6.0 Aufstellung der Schwangerschafts-, Geburts- und Neugeborenenkomplikationen bei den Drogenabhängigen (4 Fälle) und den Raucherinnen (12 Fälle des Untersuchungskollektivs)
Gesamtsumme: 14 Fälle

TABELLE 81

Nikotin	21	22	26	28		32	38	39	42		43	2	11	16	Fall
Heroin	21				29		38		27						No.
Plazentains. / kindl. Retard. während der SS		x	x			x	x	x					x	x	
Stat. Behndl. während der SS, SS-spez. Erkr.	x					x	x	x					x	x	
pp-Asphyxie						x									
Plazentare- tention			x		x								x	x	
pp-Blutung					x				x					x	
regelwidrige NG		3	1	1	1	2	1						4	1	
							2							2	
Krankheiten der NG	5		6		5	7	5			5	8			9	

- 1 Mangelgeborenes
- 2 Frühgeborenes
- 3 Übertragenes
- 4 Spätabort
- 5 Heroin-Entzugssyndrom
- 6 v.a. Hydrozephalus
- 7 Ateminsuffizienz
- 8 Lues connata
- 9 Ventrikelseptikumdefekt/
Hydrozephalus

TABELLE 8 2 :

Gesamtsumme beim Untersuchungskollektiv / %	Summe bei den Drogen/Nikotin-Abuser/ Prozent an den Fällen des Untersuchungskollektivs
PI/kR/SS 17 = 40%	7 = 41%
Stat. SS 12 = 28%	6 = 50%
pp-Asphyxie 9 = 21%	1 = 11%
Plazenta- retention 12 = 28%	4 = 33%
pp.Blutung- postplazentar 8 = 19%	3 = 37,5%
regelwidrige 18 = 42% NG	7 = 39%
Krankheiten 16 = 37% NG	8 = 50%

Auswertung:

Beim Faktor: Krankheit der Neugeborenen stellen die Heroin- und Nikotin-Abuser die Hälfte der Fälle des Untersuchungskollektivs. Ebenfalls die Hälfte der stationären Aufnahmen wegen schwangerschaftsspezifischer Krankheiten wird von den Drogenabhängigen bzw. Raucherinnen in Anspruch genommen.

Die regelwidrigen Neugeborenen stellen einen Anteil von 7 Fällen (39%) an der Gesamtsumme an regelwidrigen Neugeborenen des Untersuchungskollektivs. Auffällig ist bei diesem Faktor, daß von den insgesamt 14 Heroin- (4 Fälle) Nikotin-Abuser (12 Fälle) 7 Schwangere ein Früh-/Mangel- bzw. Früh- und Übertragenes Neugeborenes zur Welt bringen. Die Heroin- und Nikotinabhängigkeit hat demnach einen großen Einfluß auf die Reife- und Geburtsgewichtigkeit der Neugeborenen, kann jedoch in dieser Untersuchungsarbeit alleine nicht die Gesamtzahl regelwidriger Neugeborener bei dem Untersuchungskollektiv erklären. Ebenso ist bei der Plazentainsuffizienz/kindlichen Retardierung in der Schwangerschaft die Hälfte der Drogen-/Nikotinabhängigen davon betroffen, was im direkten Zusammenhang mit den Mangelgeborenen steht.

DISKUSSION

In der mir zugänglichen Literatur konnte ich lediglich eine Arbeit finden, die ein ähnliches Thema bearbeitet. Allerdings ist dies keine statistische Untersuchungsarbeit, sondern eher ein Bericht aus einem Frauengefängnis mit besonderer Berücksichtigung von schwangeren Inhaftierten. PHILIPP, E: "Aspects of pregnancy in prison" (1978). Der Autor ist der gynäkologische Konziliarius aus dem City of London Maternity Hospital, London, für das Holloway Gefängnis in London.

Ich möchte im folgenden einige Stichpunkte dieser Arbeit anführen: Zum Thema Schwangerschaftsunterbrechung: Es wird eine liberale Handhabung der Anträge zur Schwangerschaftsunterbrechung gepflegt. Der Eingriff wird bis zur 20. SSW vorgenommen. Viele Frauen würden jedoch ihren einmal gefällten Entschluß revidieren. Unter den Frauen, die die Schwangerschaft austragen, sind diejenigen, die im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium die Haftstrafe antreten, aber auch diejenigen, die sich durch die Schwangerschaft eine Hafterleichterung versprechen.

Folgende Krankheiten kommen vor: Anämien und Blutungen in der Frühschwangerschaft. In der Anamnese ist eine erhöhte Abortrate, größere perinatale Sterblichkeit früherer Kinder und die Sectio-Rate vermehrt zu finden. Blutungen, die im letzten Schwangerschaftsdrittel, also kurz vor der Geburt auftreten, kommen durch Plazenta~~a~~praevia, Selbstverletzungen und durch ungeklärte Genese zustande. Die Selbstverletzungen (insbesondere Schnittverletzungen an der Scheide) haben zum Ziel, daß die Schwangeren vorzeitig ins Krankenhaus kommen, ebenso die Angabe vorgetäuschter Wehen.

Nur wenige Frauen stillen. Die Adoptionsrate ist gering. Die Neugeborenen können 9 Monate in Holloway bei ihren Müttern bleiben. Im offenen Strafvollzug in anderen Gefängnissen können die Kinder bis zum 3. Lebensjahr bleiben.

Die perinatale Sterblichkeit entspricht der landesüblichen.

Im folgenden vergleiche ich die ausgeführten Punkte mit den von mir gefundenen Gegebenheiten in der Frauenvollzugsanstalt in Berlin (West).

Zur Schwangerschaftsunterbrechung kann ich für die Praxis in den hiesigen Vollzugsanstalten eine wenig liberale Handhabung feststellen. Erstens wegen der strikten Einhaltung der Frist bis zur 12. SSW und zweitens wegen der nicht grundsätzlichen Beurteilung des Aufenthaltes in einer Strafvollzugsanstalt als sozialer Indikationsgrund (In der Statistik erscheinen zwei Frauen mit Anträgen zur Schwangerschaftsunterbrechung, die abgelehnt wurden).

Die erhöhte Abortrate in der Anamnese der englischen Schwangeren entspricht den Befunden bei den deutschen Schwangeren.

Selbstverletzungen werden in den hiesigen Krankengeschichten nicht erwähnt, die eine frühzeitige Einweisung in das Krankenhaus oder die Krankenabteilung der Vollzugsanstalt zur Folge haben sollen. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß die deutschen Frauen grundsätzlich schon Tage vor der Geburt in die Krankenabteilung der Vollzugsanstalt verlegt werden und von dort in die Universitätsklinik zur Geburt kommen. Die beim Gefängnis Kollektiv festgestellte perinatale Sterblichkeit entspricht ebenfalls der landesüblichen.

Zur Erklärung der von mir festgestellten signifikanten Ergebnisse möchte ich das Stressmodell bzw. die Lebensereignisforschung anführen. Ich interpretiere die Inhaftierung in einer Strafvollzugsanstalt als Stress-Situation: Einmal aufgrund der objektiven Bedingungen und zum anderen aufgrund der subjektiven Erfahrung und Erleben dieser Haftsituation (konkrete Ausführung im nachfolgenden Text).

Die Definition des Begriffes 'Stress' soll im Sinne von WOLFF (1950) als Überbegriff für psychische, soziale und somatische Belastung bzw. von LEVI (1971) als die Erfassung der menschlichen Reaktionen auf Umweltdruck verstanden werden. Zu Beginn der Stressforschung stand der biochemische Ablauf des Reaktionsmechanismus: Stimulus/Reiz - Antwort des Organismus ganz im Vordergrund. Dies ist hier insofern von Interesse als die Beschreibung der besonderen Stimuli mit dazu beiträgt, eine Verdeutlichung der Haftsituation zu geben, bzw. Parallelen zu möglichen, psychischen Vorgängen während des Gefängnisaufenthaltes aufzuzeigen.

Z.B. entdeckte CANNON (1914) im Tierexperiment, daß sich die Blutgerinnungszeit unter dem Einfluß von Wut/Angst verändert. Er führte diese Reaktion auf eine Adrenalin-ausschüttung zurück. Auch bei Schmerz, Hunger, Furcht läuft diese Reaktion ab und setzt damit den Körper in die Lage, sich durch Flucht einer Gefahrensituation zu entziehen oder sie durch Angriff abzuwehren. Kommt es aber zur Unterbindung solcher das Gleichgewicht des Organismus wieder herstellenden Reaktionen (verhinderte Fluchtreaktion), dann sind diese als zusätzliche Stressoren an dem ablaufenden Prozeß mitbeteiligt, HALBACH (1965), v. EIFF (1976) beschrieb den Stressmechanismus für den Menschen folgendermaßen: Leistungssteigerungen bzw. Anforderungen, die einerseits Gefahr bedeuten und andererseits eine Leistung unter ungewohnten Bedingungen sicherstellen oder mit besonderer

Mühe verbunden sind, führen zur Katecholaminfreisetzung. Starke Emotionen aus Unsicherheit, Angst führen ebenfalls über das limbische System - Hypothalamus (releasing factors) - Hypophyse (ACTH-Ausschüttung) zur Katecholaminfreisetzung. Als einer der stärksten Stressfaktoren wird Einsamkeit beschrieben; dies deutet auf die Verallgemeinerung hin, daß nämlich sowohl ein Fehlen als auch ein Übermaß an Stimuli Stress verursachen kann.

Bei der folgenden Literatur, vor allem aus dem englischsprachigen Raum, wird der Begriff 'Stress' als psychosoziale Belastungssituation mit den jeweiligen Auswirkungen auf den Gesundheits-/Krankheitszustand des Individuums beschrieben. Zum anderen werden bestimmte schwerwiegende Lebensereignisse für eine besondere psychophysische Belastung des Individuums verantwortlich gemacht.

Die wichtigsten Grundannahmen der Lebensereignisforschung werden wie folgt zusammengefaßt, SIEGRIST, (1980):

1. Ereignisse, welche die normale Lebensroutine unterbrechen, erfordern eine erhöhte Anpassungsleistung des dadurch betroffenen Menschen.
2. Dies gilt insbesondere für diejenigen Ereignisse, die als unerwünscht, unerwartet, unbeeinflussbar und/oder mit negativen Folgen behaftet erfahren werden.
3. Bestimmte Arten von Lebensereignissen, wie Trennungserfahrungen oder Statusbedrohung, können ebenso wie die Anhäufung von verschiedenen Ereignissen in einer kurzen Zeitspanne für das Individuum so belastend werden, daß die normalen Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen.
4. Emotionale Spannungszustände, exzessive neurohormonelle und pathophysiologische Reaktionen treten als Folgezustände auf.

Zunächst jedoch noch die Verdeutlichung der Haft-situation als Stresserfahrung: Folgende Kriterien können diese Behauptung stützen:

- einmal die Bedeutung der Inhaftierung für die schwangere Frau:

Herauslösen aus ihren sozialen Bezügen: Arbeit, Kontakte, Freizeit, Wohnung; aus ihren persönlichen Beziehungen: Mann (sexuelle Beziehung), Kindern, Verwandte, Freunde.

Freiheitsentzug, vorgegebener Tagesablauf, Verhaltensmaßregeln, Disziplinarmaßnahmen.

Unsicherheit über: bevorstehenden Prozeß, bevorstehendes Strafmaß, das weitere Schicksal des zu gebärenden Kindes.

- zum anderen die objektiven Bedingungen:

Wie bereits ausgeführt, ist die Hauptstrafanstalt in der Lehrterstr. ständig überbelegt, der größte Anteil der Schwangeren befindet sich in Untersuchungshaft, d.h. wie bereits ausgeführt: 1 Stunde Hofgang, ansonsten Zelleneinschluß. Tätigkeiten zur Organisation des täglichen Lebens wie Kochen, Waschen, Putzen sind delegiert an Anstaltsbedienstete bzw. Strafgefangene im Regelvollzug.

Teilnahme an Gruppenveranstaltungen kann nur über eine richterliche Genehmigung erreicht werden.

Folgende Einwände gegen den postulierten Zusammenhang zwischen der Haftsituation als Stressor und den signifikanten Ergebnissen bei den Schwangerschafts-, Geburts- und Neugeborenenkomplikationen des Untersuchungskollektivs müssen noch berücksichtigt werden:

1. die Drogenabhängigen (4 Fälle) und Nikotin-Abuser (12 Fälle) erklären schon allein diese festgestellten Schwangerschafts-, Geburts- und Neugeborenenkomplikationen.
2. der niedrige sozioökonomische Standard des Inhaftierten-Kollektivs ist für die festgestellten Ergebnisse allein verantwortlich.
3. die Anhäufung von psychopathologischen Problempunkten in der Persönlichkeit der Inhaftierten reichen aus, diese Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und bei den Neugeborenen zu erklären.

4. die festgestellten signifikanten Ergebnisse lassen sich auf organische Veränderungen, insbesondere der generativen Organe der Frauen zurückführen.

Ad 1:

In der Literatur finden sich genügend Hinweise für den Zusammenhang von Regelwidrigkeiten bei Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenen sowohl von Heroinabhängigen als auch von Raucherinnen. Nach den Untersuchungsergebnissen von STAUBER et al. (1982) über Heroinabhängigkeit ist z.B. die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sehr gering, NAEYE (1973), die Gestosehäufigkeit erhöht, STERN (1976). Der Geburtsverlauf wurde durch Entzugserscheinungen bei den Gebärenden kompliziert. Die Foeten gerieten subpartu häufiger in Asphyxiegefahr, TYLDEN (1981) und zeigten typische Entzugserscheinungen postpartu, ERIKSSON et al. (1978). GREENHILL (1974), KANDALL (1977). Die Geburtsgewichte lagen häufiger unter der Norm. In der Nachgeburtsperiode traten häufiger Endometritiden und Episotomienachtdehiszenzen auf.

Die Frühgeburtlichkeit, das idiopathische Atemnotsyndrom der mangelentwickelten Kinder, Infektionen und die Hyperbilirubinämie wurden gehäuft gefunden, PELOSI (1974), FINNEGAN /1972), BLINICK (1976), FRICKER (1978) und ZELSON (1973).

Den Einfluß von Nikotin auf die perinatale Sterblichkeit und geringe Geburtsgewichte der Neugeborenen beschreiben z.B. KULLANDER et al. (1971), MEYER (1978) und BUTLER et al. (1972). ERICSON et al. (1979) stellte fest, daß Nikotin auch einer der vielen wichtigen Faktoren ist für die Entstehung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. EVANS et al. (1979) stellt einen Zusammenhang zwischen Nikotin und angeborenen Neuralrohrdefekten dar. HEMMINKI et al. (1981) bezeichnet Nikotin ebenfalls als einen der vielen Risikofaktoren für angeborene Fehlbildungen. NAEYE (1979) stellte bei seiner Untersuchung eine größere Anzahl von Fällen an Plazenta praevia, vorzeitige Plazentalösung und Plazentainfarkten bei Raucherinnen fest.

Bezugnehmend auf Punkt: 6.o, Seite 149,
kann ich für die Raucherinnen und Heroinabhängigen im Untersuchungskollektiv dieser Arbeit zusammengefaßt feststellen:

Stationäre Aufnahme wegen schwangerschaftsspezifischer Erkrankungen und die Krankheiten der Neugeborenen des Untersuchungskollektivs kommen zur Hälfte bei den Heroinabhängigen (4 Fälle) bzw. Raucherinnen (12 Fälle) vor. Aber die bei dem Untersuchungskollektiv signifikant höhere Anzahl an Plazentainsuffizienzen und kindlichen Retardierungen während der Schwangerschaft, postpartalen Asphyxien, Plazentaretentionen, postplazentaren Blutungen und regelwidrigen Neugeborenen kann nicht allein bzw. überweigend auf den Drogen- bzw. Nikotin-Absus zurückgeführt werden.

ad 2:

Bei der Feststellung des sozioökonomischen Status des Untersuchungskollektivs kann dessen signifikant höherer Anteil an angelernter Tätigkeit und der geringere ebenfalls signifikante Anteil an Lehrberufen angeführt werden.

Die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren, sozialen Klasse wurde von FEDRICK , J. (1978) als einen von vielen Faktoren genannt, der signifikant mit Mangelgeborenen korreliert. OBEL (1979) stellte ebenfalls eine Korrelation zur Untergewichtigkeit und Frühgeburtlichkeit der Neugeborenen fest. STOTT (1973) verdeutlichte aber mit seiner Untersuchungsarbeit, wie ein niedriger sozioökonomischer Status Auswirkungen auf die seelische und körperliche Entwicklung des Neugeborenen haben kann, nämlich über das Bestehen mütterlicher Spannungen und Stresserfahrungen während der Schwangerschaft. Ein niedriger, sozioökonomischer Status allein reicht nicht aus, sondern konnte nur zusammen mit dem Bestehen mütterlicher Spannungen während der Schwangerschaft das Auftreten von körperlichen und seelischen Störungen der Kinder erklären.

ad 3:

Über die psychische Verfassung der Inhaftierten wurden nur vereinzelt Berichte des Anstaltspsychiaters in den Krankenakten gefunden, deren Zusammenstellung kein annähernd objektives Bild der Verhaltensweisen und der Charaktere der Inhaftierten wiedergeben könnte. Eine objektivere Beschreibung weiblicher, schwangerer Inhaftierter gibt die Arbeit von FEIGS (1971), in der sie ein Persönlichkeitsbild von 55 schwangeren Straffälliger zusammenstellt (Daten aus Zurechnungsfähigkeitsgutachten für die Gerichtsverhandlung): 82% besitzen durchschnittliche bis schwache Intelligenz; die vielfach unausgeglichene Frauen, die sich häufig durch leichte Erregbarkeit auszeichnen, sind in ihrem Handeln stark von ihren momentanen Gefühlen abhängig. Oberflächliche, egozentrische Frauen stehen ungefähr der gleichen Anzahl von altruistisch denkenden und handelnden Frauen gegenüber. 40% erreichen eine differenzierte Erlebnisverarbeitung. 33% weisen depressive Stimmungsmomente auf. "Eine euphorische Haltung tritt in keinem einzigen Fall auf." Die soziale Einordnung ist unauffällig. Im Vergleich zu Nichtschwangeren zeigen Schwangere signifikant vermehrt reaktive Depressionen, besonders in den Fällen, wo die Schwangerschaft unerwünscht war.

In diesem Zusammenhang ist auch die signifikant erhöhte Zahl der Aborte in der Anamnese der Inhaftierten zu nennen. Bei den ätiologisch ungeklärten Fehlgeburten läßt sich ein Teil auf psychogene Ursachen zurückführen. Es besteht eine Ambivalenz zwischen der narzißtischen Hemmung und der Entwicklung zur unabhängigen Mutterrolle, PRILL (1957) oder sogar eine generelle Abwehr der Mutterschaft, CONDRAU (1965). Bei Müttern Frühgeborener finden sich häufiger negative Einstellungen zur Schwangerschaft und geringe emotionale Reife, BLAU et al. (1963).

An diesem Punkt müssen auch die Kritiker des Stressmodells angeführt werden, die die Bedeutung von Schicksalsbelastungen und psychischem Stress erst dadurch zustande kommen sehen, wenn sie spezifisch in die unbewusste Dynamik und zugehörige Reaktionslage des Patienten eingepaßt sind, DÜHRSEN et al. (1965). Oder diejenige, die jedes psycho-somatische Krankheitssyndrom allein durch ein spezifisches Persönlichkeitsprofil charakterisiert sehen, DUNBAR (1965) bzw. aus bestimmten Persönlichkeitsfaktoren spezifische Konflikte und damit das Krankheitsgeschehen herzuleiten versuchen, ALEXANDER (1977).

ad 4:

Genitale Tumore wie Myome, Ovarialtumore und Kollumcarcinome wurden in den Krankenakten nicht beschrieben, ebensowenig Uterusfehlbildungen.

Im besonderen Fall der (chronischen) Plazentainsuffizienz/kindlichen Retardierung ist zu bemerken, daß keine sogenannte Reproduktionsschwäche (Genitalhypoplasie, Spätkonzeption, Zustand nach Sterilitätsbehandlung) und Diabetes mellitus der Mutter gefunden wurde, MARTIUS (1981). Implantationsanomalien der Plazenta werden zwar nicht durch Uterusfehlbildungen und Uterusmyome aber durch den Zustand nach intrauterinen Eingriffen ("Endometriuminsuffizienz") beschrieben und sogar bei der histologischen Untersuchung einer Plazenta als Diagnose genannt.

Die Anzahl der Abruptiones beim Untersuchungskollektiv ist zwar nicht signifikant erhöht, dafür gilt dies aber für die Abortanamnese beim Untersuchungskollektiv, Aborte wohl mit anschließender Curettage (Beschreibung der Abortanamnese bei der Diskussion der signifikanten Ergebnisse).

Im besonderen Fall der Plazentaretention ist bei den Krankengeschichten keine Plazenta accreta erwähnt, die eine anatomische Plazentationsstörung darstellt.

Im besonderen Fall der postplazentaren Blutung werden als mögliche Ursachen keine Mehrlinge oder Hydramniones beschrieben. Wie schon erwähnt kommen auch keine Myome bzw. Uterusfehlbildungen beim Untersuchungskollektiv vor, ebensowenig die Implantationsanomalien: Plazenta praevia und die Tubeneckenplazenta. Im besonderen Fall der pp. Asphyxie werden keine Lungenerkrankungen und schwere Anämien bei der Mutter beschrieben, die zwar nur zum geringen Teil, aber auch die Ursache für Störungen des mütterlichen O_2 -Transportes darstellen und damit eine mögliche Pathogenese von Asphyxien beim Foet bzw. Neugeborenen ist.

Im besonderen Falle der Summe der regelwidrigen Neugeborenen ist im einzelnen festzustellen

- für die Mangelgeborenen - siehe Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung
- für die Frühgeborenen kommt ebenfalls die Plazentaanomalie als Ursache in Frage. Ebenso die pränatalen Infektionen der Mutter, Endometriuminsuffizienz (siehe Abortanamnese) und bei der Vermittlung der Frühgeburtlichkeit über die Zervixinsuffizienz, die Abortanamnese.
- für die Übertragenen - hier wurde kein Fall einer verminderten Erregbarkeit des Myometrium genannt.
- für die Neugeborenen mit Übertragungszeichen "Überreifesyndrom" - siehe Plazentainsuffizienz.

Zusammenfassung:

Bei den Plazentainsuffizienzen/kindlichen Retardierungen und damit auch bei den Mangelgeborenen läßt sich ein Fall vorwiegend von organischen, morphologischen Veränderungen der Plazenta herleiten. Bei den Frühgeborenen kann ebenfalls diese morphologische Veränderung der Plazenta als Ursache in Frage kommen; möglicherweise kann die Frühgeburtlichkeit auch über eine durch die signifikant vermehrte Anamnese-Abortzahl bedingte Zervixinsuffizienz beeinflusst sein. Allerdings stellt in dieser Erklärungskette nur die Zervixinsuffizienz eine morphologische Veränderung dar, deren Entstehung aber Folgen von psychisch bedingten Vorgängen sein können (Aborte, Abruptiones).

Grundsätzliche Untersuchungen zur Wirkung von Stress auf Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenes

Allgemeine Untersuchungen wurden durchgeführt wie folgt: ROGERS et al (1979) stellte fest, daß durch Stress die Immunabwehr herabgesetzt wird. Die Wirkungen von Stress

in der Schwangerschaft zeigten einmal eine Herzfrequenzerhöhung der Mutter und zum anderen eine Steigerung der Bewegung des Foeten, CIPHER und HUBER (1967), SONTAG et al (1969). Andere Autoren stellten in Tierversuchen die Stresswirkung auf die Adrenalin ausschüttung und die daraus folgende Gefäßkonstriktion im Uterus fest, die soweit gesteigert werden konnte, bis die Durchblutung des Uterus vollständig zum Erliegen kam, GREISS/GOBBLE (1967). Der gleiche Mechanismus wird von HAUSER (1961) für den menschlichen Organismus beschrieben. Signifikant mehr Lebensereignisse vor Krankheitsausbruch sind bei Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen nachgewiesen worden, MASUDA/HOLMES (1978). YAMAMOTO (1976) spezifizierte den Zusammenhang zwischen Stress- und Schwangerschaft-Komplikation insofern, als daß sie die dem Stress zugrundeliegenden Lebensereignisse auf ihren jeweiligen emotionalen Gehalt für die Frau aufschlüsselte und insofern eine genauere Aussage über die Stress-Situation während der Schwangerschaft gemacht werden konnte.

Angst und/oder Stresserfahrung durch größere Lebensereignisse während der Schwangerschaft sind mit Schwangerschaft-, Geburts- und Kind-Komplikationen korreliert, wobei besonders kritische Phasen für diese Einflüsse während der letzten beiden Schwangerschaftsdritteln bestehen, GORSUCH (1974). Siehe auch EDWARDS (1969), GRIMM (1961).

Im folgenden werden die einzelnen signifikanten Ergebnisse diskutiert:

Schichtzugehörigkeit

Der soziale Hintergrund der inhaftierten Frauen läßt sich durch die signifikant größere Anzahl von denjenigen, die einer angelernten Tätigkeit nachgehen, bzw. der ebenfalls signifikant geringeren Anzahl von Angehörigen der Lehrberufe darstellen. Diese Ergebnisse entsprechen auch denen in der Literatur dargestellten Beschreibungen, FEIGS (1971), SENATS-Bericht (1981).

Plazentainsuffizienz und kindliche Retardierung während der Schwangerschaft

Es wurde eine Tendenz zur kindlichen Retardierungen während der Schwangerschaft bei unerwünschter Schwangerschaft festgestellt, HULTIN und OTTOSON (1971). Allerdings war bei diesen Kindern die perinatale Sterblichkeit geringer, was die Autoren auf eine größere Anzahl von Aborten bei unerwünschten Schwangerschaften zurückführten. Hier wird ein direkter, negativer Einfluß, vermittelt durch die mütterliche Ablehnung auf den Foeten, für möglich gehalten.

Eine wichtige Plazentainsuffizienzdisposition stellt die EPH-Gestose dar, MARTIUS (1981). Als Kofaktoren bei der Entstehung der scheinbar rein somatischen Ätiologie der EPH-Gestose spielen nach HERMS/KUBLI (1978) eine Rolle: Veränderungen der Partnerbeziehungen während der Schwangerschaft, Ledigsein der Schwangeren. Unfähigkeit im Umgang mit aggressiven Affekten bewirkt eine Auslösung körperlicher Veränderungen z.B. Hypertonie, ALEXANDER (1977).

Für die Schwangeren steht psychologisch im Vordergrund eine Situation des Unterdrücktwerdens und der Wehrlosigkeit, sei es in der Realität oder Phantasie RIPPMAHN (1968). COPPEN (1958) beschreibt bestürzende, emotionale Ereignisse bei Schwangeren mit EPH-Gestose. BAILEY (1966) weist eine signifikante Häufung von Störungen in der Intelligenz, Verhalten, kognitiven Vermögen und räumliche Orientierung der Kinder bei der Kombination von EPH-Gestose und unbeständigen, häuslichen Verhältnissen der Mutter nach.

Stationäre Behandlung der Schwangeren wegen schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen

Obwohl die Hälfte der stationären Behandlungen der Schwangeren von den Heroinabhängigen (4 Fälle) bzw. Raucherinnen (12 Fälle) in Anspruch genommen werden, möchte ich weitere Aspekte der Krankheiten in der Schwangerschaft anführen: REES (1976) bemerkte in seiner Arbeit, daß während der Schwangerschaft eine Tendenz zur Verbesserung psychosomatischer Krankheiten besteht.

Sollten sie allerdings zunehmen oder stärker werden, so sei dies ein Zeichen für das Bestehen psychosozialen Stresses oder emotionaler Konflikte, denen die Schwangere ausgesetzt ist.

Postpartale Asphyxie des Neugeborenen

MYERS (1977) zeigte im Tierversuch, daß durch psychologischen Stress, dem die Muttertiere ausgesetzt wurden, eine i.u. Asphyxie erzeugt werden konnte. Der gleiche Mechanismus wird von HAUSER et al. (1961) für das Entstehen einer chronisch fetalen Hypoxie verantwortlich gemacht. Stress - Hypersympathicotonie - Vasokonstriktion am Uterus - fetale Asphyxie.

Die Beeinflussung des Geburtsverlaufs durch Persönlichkeitskriterien und Lebensereignisse bzw. Angst der Gebärenden in Richtung Geburtskomplikationen wie Sturzgeburt, protrahierte Geburt, pp. Asphyxie (anhand der Apgar-Werte < 7), Totgeburten oder perinatale Todesfälle ist in der Literatur umstritten. JONES (1978) fand sogar eine negative Korrelation im Gegensatz zu WILLIAMS (1975), GORSUCH (1974), NUCKOLLS (1972) oder auch DICKREAD (1963), der das "Angst-Spannungs-Schmerz-Syndrom" während der Geburt beschrieb. Eine direkte Korrelation zwischen der Größe der Angst und Geburtskomplikationen fand auch DAVIDS et al (1961).

Als mögliche Ursache einer fetalen Asphyxie wird auch der protrahierte Geburtsverlauf genannt; dieser wiederum kann durch psychologische Faktoren bestimmt sein, KAPP et al. (1963).

Stressvolle Lebensereignisse kombiniert mit der mangelnden Fähigkeit, diese zu verarbeiten, führen nach NUCKOLLS et al. (1972) zu einer großen Zahl von Geburtskomplikationen. KIRGIS (1977) stellte fest, daß psychosozialer Stress während der Schwangerschaft ein Aktivator für körperliche Erkrankungen bei der Mutter ist und beim Zusammentreffen dieser Faktoren, der Apgar-Wert (Asphyxie-Index) ihrer Neugeborenen herabgesetzt ist.

Plazentaretention und pp. Blutung

Die Plazentaretention kann im Zusammenhang mit der ebenfalls signifikant erhöhten Anzahl an Plazentainsuffizienzen einerseits und mit den aus der auch signifikant erhöhten Zahl von Aborten in der Anamnese resultierenden intrauterinen Eingriffen und dem dadurch veränderten Endometrium erklärt werden. Als weitere Ursache kommt ein protrahierter Geburtsverlauf mit seinen möglichen psychogenen Auslösefaktoren in Frage. Aus diesen kann sich dann auch eine Kontraktionschwäche des Myometriums durch Überbeanspruchung entwickeln mit einer nachfolgenden atonischen Nachblutung. Die meisten Fälle in dieser Untersuchungsarbeit stehen jedoch mit verbliebenen Plazentaresten in Verbindung.

Regelwidrige Neugeborene

Bei der vorzeitigen Wehentätigkeit bei Frühgeburten wird eine gehäuft auftretende Ambivalenz in Bezug auf das zu erwartende Kind gefunden, HARTMANN (1980). Die Erwartungsängste gegenüber dem Kind sind häufiger. Die Schwangeren hatten mehr Komplikationen in früheren Schwangerschaften und auch aktuell mehr Konflikte in Bezug auf Partnerschaft und Sexualität. Sie fühlten sich häufiger körperlichem und psychischem Stress in ihrer Berufssituation ausgesetzt.

NEWTON (1979) wies in seiner Untersuchung nach Ausschluß aller gynäkologisch-organisch bedingten Frühgeburten wie z.B. Uterusanomalien, Zervixinsuffizienz, Mehrlings-Schwangerschaften nach, daß Frauen, die während ihrer Schwangerschaft verstärktem Stress ausgesetzt waren, vermittelt durch "major life events" = schwerwiegende Lebensereignisse, wie finanzielle Einkommenseinbußen, Erkrankung eines Familienmitgliedes oder anhaltender schlechter Gesundheitszustand eines Familienmitgliedes, eine signifikant höhere Rate an Frühgeborenen zur Welt brachten. Unter "major life events" wurden auch Gefängnisstrafen der Schwangeren und ihrer Ehemänner angeführt.

Nach Ausschluß organischer Ursachen bzw. Störung der fetoplazentaren Einheit kann sich eine Frühgeburt auch als Folge einer psycho-sozialen Belastungssituation der Schwangeren ereignen, JUNG (1975).

Bei der Aufstellung sozialer Faktoren, die im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit gebracht werden können, ist auch die Aussage der Schwangeren, daß sie die Schwangerschaft als belastend empfunden haben und durch sie überfordert wurden, TULZER/WANCURA (1971). Diese Autoren führen den von OREL (1959), GLEISS (1960) festgestellten Zusammenhang zwischen ledigen Müttern und der größeren Anzahl von Frühgeborenen darauf zurück, daß die ledigen Mütter sehr jung sind.

Psychologische Faktoren bei der Verursachung von Frühgeburten beschreibt DRILLIEN (1957).

Signifikant weniger untergewichtige (Mangelgeborene) Neugeborene sind bei erwünschten Schwangerschaften nachgewiesen worden, MORRIS et al. (1973). Im Gegensatz dazu steht allerdings die Arbeit von HULTIN/OTTOSON (1971), die keinen Unterschied in den Geburtsgewichten bei unerwünschten bzw. erwünschten Kindern feststellen konnten. FEDRICK (1978) kann keine Signifikanz für den Faktor "ledig" bei Mangelgeborenen feststellen. Bei Mangelgeborenen hat die geistige und körperliche Entwicklung die schlechteste Prognose im Vergleich mit anderen Neugeborenen, NELIGAN et al. (1976).

HERRENKOHL et al. (1976) zeigte, allerdings im Tierversuch, daß Stress-Situationen, denen die trächtigen Tiere ausgesetzt wurden, eine signifikant größere Anzahl an untergewichtigen Jungtieren verursachten.

Die Zahl der übertragenen Neugeborenen und diejenigen mit Überreifesyndrom korrelieren mit den festgestellten Plazentainsuffizienzen.

Krankheiten der Neugeborenen

Obwohl 50% der Krankheiten der Neugeborenen in der Gruppe der Heroin- und Nikotinabhängigen festzustellen war, möchte ich doch noch auf dieses signifikante Ergebnis eingehen. Angeborene Fehlbildungen traten in dieser Arbeit nicht signifikant häufiger auf, im Unterschied zu BLOMBER (1980), der bei emotionalem Stress, verifiziert durch den Wunsch der Schwangeren nach Schwangerschaftsunterbrechung, eine signifikant höhere Rate an angeborenen Fehlbildungen feststellte. Ebenso wurde bei Kindern, die zur Adoption freigegeben wurden, eine signifikant höhere Rate an angeborenen Fehlbildungen festgestellt, BOHMANN (1970/1). Das Ergebnis wurde als mögliche Widerspiegelung des sozialen und psychologischen Stresses interpretiert, dem die Mutter während der Schwangerschaft ausgesetzt war. Siehe dazu auch DRILLIEN (1966).

MC DONALD (1963) stellt bei seiner Arbeit einen Zusammenhang zwischen Größe der Angst der Mutter und Geburtskomplikationen bzw. kongenitaler Fehlbildung fest. Die hohe Morbiditätsrate ist mit dem größeren Anteil von Frühgeburten und Mangelgeborenen beim Untersuchungskollektiv korreliert, FLEGE (1981).

STOTT (1973) zieht aus seiner prospektiven Untersuchungsarbeit den Schluß, daß pränataler Stress die Hauptursache für körperliche und seelische Störungen beim Kind darstellt. Dieser pränatale Stress wird durch anhaltende persönliche Spannungen bei der Schwangeren ausgedrückt. Als mögliche Ursache der Spannungszustände führt der Autor auch eine hohe Bevölkerungsdichte auf, da bei seinem Untersuchungskollektiv auch sehr beengende Wohnverhältnisse beschrieben wurde, wie z.B. gemeinsame Nutzung sanitärer Einrichtungen von mehreren Familien. Die Spannungen werden so charakterisiert: Sie sind anhaltend, neigen zu plötzlichen Ausbrüchen, bleiben aber ohne Lösung, weder durch Handlung noch durch Anpassung der Schwangeren.

Bei Kindern mit Atemnotsyndrom (hyaline Membran Krankheit) wurde eine signifikant höhere prae/postpartale Belastung psycho-sozialer Art durch z.B. Armut und Krankheit der Familie gefunden. MORGAN (1976)

Unbekannte Väter - unerwünschte Schwangerschaft -

Teilnahme an Schwangerenberatung - Adoption - Stillen

Außer den 9 Frauen, die eine offene Ablehnung der Schwangerschaft gegenüber äußerten (2 Schwangerschaftsunterbrechungen wurden nicht durchgeführt, obwohl Anträge von den Frauen vorlagen (1979)) gibt es sicherlich noch mehr Frauen in Untersuchungskollektiv, die die Schwangerschaft als unerwünscht betrachteten oder eine ambivalente Haltung dazu einnahmen. Hinweise dafür kann die signifikant erhöhte Zahl an unbekannten Vätern geben und die ebenfalls vermehrten Fälle von Kinds-Adoptionen sowie die signifikant geringere Teilnahme an der Schwangerenberatung. Zum anderen darf sicher nicht vernachlässigt werden, daß die Mütter auch Schuldgefühle gegenüber ihren zu gebärenden Kindern haben ob der Konfrontierung der Neugeborenen mit der Gefängnissituation.

Im weiteren Verlauf scheint es dann auch schwieriger für die inhaftierten Frauen (einige sind auch bei und nach der Geburt aus der Haft entlassen) zu sein, eine tragfähige Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, was die signifikant höhere Anzahl von Adoptionskindern und die signifikant geringere Stillfrequenz ausdrückt, z.B. hat ein positives Schwangerschaftserlebnis und eine intensive Vorbereitung auf Geburt und Kind eine verstärkende Wirkung auf die Stillhäufigkeit und die Stilldauer, GOLDSTEIN (1978).

Frauen, die eine Schwangerschaftsunterbrechung beantragen, leben in stärker bedrohten sozialen Bedingungen, sind älter oder jünger und stehen häufig in ungewissen Beziehungsverhältnissen zu ihrem Partner, sind in niedrigeren Berufspositionen und haben mehr Geburten und Schwangerschaftsunterbrechungen hinter sich. Die Hälfte der Frauen wurde durch das Austragen der Kinder in eine akute Notlage getrieben. WOHLERT /MOLLER-LARSEN (1978).

Die unerwünschten Schwangerschaften kommen nicht so häufig durch ein prinzipielles Ablehnen von Empfängnisverhütungsmaßnahmen zustande, sondern eher durch

persönliche Fehler bei der Handhabung derselben, TIETZE (1978) MILLER et al. (1977) ROVINSKY (1972). Diese Fehler werden jedoch verstärkt beobachtet bei Personen mit instabilen Beziehungen und wenig gesicherter sozialer Situation, BRACKEN et al. (1972), JACOBSSON et al. (1976)

8.0

Schlußfolgerungen

NUCKOLLS et al. (1972) wies in einer Untersuchung nach, daß bei Frauen, die eine gute, soziale Unterstützung besaßen, selbst bei einer hohen Anzahl von Lebensereignissen, nur in einem relativ geringen Anteil (ca. 40%) Schwangerschaftskomplikationen (z.B. kindliche Retardierungen) auftraten, wohingegen Frauen, die eher isoliert lebten, bei hohen Lebensereigniswerten auch eine hohe Schwangerschaftskomplikationsrate (80%) aufwiesen. Dies sollte zur Konsequenz haben, daß die Unterstützungssysteme der Schwangeren wie Familie, Arzt-Patient-Beziehung, Selbsthilfegruppen, Sozialstationen, Beratungsstellen aktiviert werden. Bei unerwünschten Schwangerschaften sollte auf die Bedürfnislage der Schwangeren eingegangen werden, denn unter anderem treten negative Gefühle und Bedauern stärker bei denjenigen Frauen auf, die eine unerwünschte Schwangerschaft austragen, als bei denjenigen, die sich aufgrund einer unerwünschten Schwangerschaft zur Schwangerschaftsunterbrechung entschließen und durchführen lassen, GREENGLASS (1977).

Zur Geburtsvorbereitung können verschiedene psychologische und andere Methoden Anwendung finden: aufklärende, gymnastische, atemtechnische, lerntheoretische, autosuggestive Hilfen. Um die Fremdheit des Geburtsortes aufzuheben, empfiehlt sich eine Kreißsaalbegehung. In die Geburtsvorbereitung sollte auch der Partner einbezogen werden. Die Absolvierung eines Säuglingskurses nimmt die erste Unsicherheit beim Umgang mit dem Neugeborenen, STAUBER (1981).

Zur Verminderung psychischer Symptomatik während der Schwangerschaft und Geburtskomplikationen ist die positive Beeinflussung seelischer Störungen während der Schwangerschaft durch Psychotherapie beschrieben worden, CARPENTER et al. (1968) DESTOUNIS (1962), KNOBEL (1967), MANN (1972), TUPPER et al. (1957).

Die Notwendigkeit einer unterstützenden Therapie wird auch durch die schon erwähnte Arbeit von NUCKOLLS et al. (1978) verdeutlicht, der einen Zusammenhang zwischen stressvollen Lebensereignissen kombiniert mit der mangelnden Fähigkeit der Schwangeren, diese zu verarbeiten und Geburtskomplikationen feststellte.

CAPLAN (1981) konnte in empirischen Forschungen nachweisen, daß für Personen, die einem großen, psychologischen Stress ausgesetzt waren, die Wahrscheinlichkeit von einer geistigen oder körperlichen Krankheit befallen zu werden um so geringer ist, je mehr er soziale Unterstützung in diesen Krisensituationen erfährt.

Bei drohender Frühgeburt ist auch eine positive Wirkung von der Anwendung des "autogenen Trainings" beschrieben worden, SCHLOTTER (1979). Eine Selbsterfahrungsgruppe hat ebenfalls positiven Effekt und wird meist schon einfach durch die gemeinsame Unterbringung der betroffenen Schwangeren erreicht. Erste, klinische Erfahrungen mit dem "respiratorischen Biofeedback" stellte GABELMANN et al. (1977) dar.

Soziale Mechanismen müssen ebenfalls berücksichtigt werden, wenn dort die Ursache für die Komplikationen in der Schwangerschaft: hier Frühgeburt, zu liegen scheint, HERMS/KUBLI (1978).

Z.B. wurde im Untersuchungskollektiv trotz hoher Morbiditätsrate der Schwangeren und Risikofaktoren für die zu gebärenden Kinder nur einer Schwangeren eine vorzeitige Haftentlassung zuerkannt (1978).

Grundsätzlich ist die Inhaftierung straffällig gewordener schwangerer Frauen wegen der nachgewiesenen Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und beim Neugeborenen kritisch zu sehen.

9.0 Zusammenfassung:

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, eine Aussage über die Auswirkung der Haftsituation auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei inhaftierten, schwangeren Frauen zu machen. Mögliche Gefahren für Mutter und Kind sollen aufgezeigt werden. Es wird der Versuch unternommen, Lösungsmöglichkeiten für die festgestellte Problematik zu entwickeln.

Die Unterlagen (Schwangerenberatungskartei, Krankenakten aus der Strafvollzugsanstalt und Entbindungsakten aus der Universitätsfrauenklinik) von 43 Schwangeren, die im Zeitraum von 1973 - 1982 in Westberliner Strafvollzugsanstalten inhaftiert waren, wurden gesichtet.

Die sozialen und medizinischen Daten aus diesen Unterlagen wurden denen eines parallelisierten (in Alter, Parität, Familienstand, Jahrgang der Geburt) Vergleichskollektivs (172 Fälle) gegenübergestellt.

Zur Signifikanzprüfung der Ergebnisse wurde der Vier-Felder-Test herangezogen.

Folgende Ergebnisse konnten festgestellt werden:

Gegenüber dem Vergleichskollektiv:

- sind bei den inhaftierten Schwangeren signifikant mehr Raucherinnen und Drogenabhängige vertreten.
- nehmen sie signifikant weniger an den Schwangerenberatungen teil.
- ist die Anzahl der unbekannten Väter der zu erwartenden Kinder bei den inhaftierten Schwangeren signifikant höher.
- gehört eine signifikant größere Zahl der inhaftierten Frauen der unteren sozialen Schicht, bzw. der unteren Mittelschicht an.
- sind in den Anamnesen der inhaftierten Schwangeren signifikant mehr Aborte verzeichnet.
- kommen während der Schwangerschaft signifikant mehr Plazenta-insuffizienzen/kindliche Retardierungen bei den inhaftierten Schwangeren vor.
- bedürfen die inhaftierten Schwangeren signifikant häufiger einer stationären Behandlung wegen schwangerschaftsspezifischer Erkrankungen (Abortus imminens, drohende Frühgeburt, Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung, EPH-Gestose)
- leiden die Neugeborenen der inhaftierten Frauen signifikant häufiger an postpartalen Asphyxien.

- ist die Summe der regelwidrigen Neugeborenen: Frühgeborene, Mangelgeborene, Übertragene signifikant größer bzw. die Anzahl der reifen Neugeborenen beim Untersuchungskollektiv signifikant geringer.
- leiden die Neugeborenen der inhaftierten Frauen signifikant häufiger an Krankheiten (z.b. Lues connata, Atemnotsyndrom, Heroin-Entzugs-Syndrom, angeborene Fehlbildungen, Haut-/ Schleimhautentzündungen)
- wird beim Untersuchungskollektiv der Nachgeburtsverlauf signifikant häufiger durch Plazentaretentionen und postpartalen Blutungen kompliziert.
- stillen die inhaftierten Mütter signifikant weniger ihre Kinder und geben sie signifikant häufiger zur Adoption frei.

Die genannten Ergebnisse werden auf folgende Ursachen zurückgeführt:

1. Ein großer Teil der Schwangerschaften ist von den inhaftierten Frauen unerwünscht und wird von diesen als Belastung empfunden. Der große Anteil an Aborten in den Anamnesen deutet auch auf frühere Konflikte im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft hin.
2. Die konkreten Bedingungen in der Strafvollzugsanstalt lassen keinen Raum für ein der Schwangerschaft und dem Neugeborenen angemessenes Verhalten der Frauen.
3. Die inhaftierten, schwangeren Frauen sind durch die aus ihrer Zugehörigkeit zu einer niedrigen, sozialen Schicht resultierenden Probleme und durch Nikotin- bzw. Drogenkonsum belastet.

Schlußfolgernd ist festzustellen;

Wegen der nachgewiesenen Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und beim Neugeborenen ist die Inhaftierung schwangerer, straffällig gewordener Frauen in Strafvollzugsanstalten vom medizinischen Standpunkt aus kritisch zu sehen.

Diese Frauen sind bereits vor Strafantritt mit Problemen, die aus ihrem sozialen Umfeld, aus ihren Persönlichkeitsmerkmalen, aus der aktuellen Schwangerschaft und aus der bevorstehenden Mutterrolle resultieren, be- bzw. überlastet.

Eine intensive, psychologische Geburtsvorbereitung könnte diesen Frauen behilflich sein, eine gelungene Mutter-Kind-Beziehung herzustellen.

Durch die Konfrontation mit der Haftsituation dekompensieren viele Frauen und zeigen zusammen mit ihren Feten/Neugeborenen die oben genannten häufigen medizinischen Komplikationen. Die besondere Problematik dieser Frauen wird durch die Gefängnissituation verstärkt.

Der Gesetzgeber berücksichtigt bereits bei der Ausarbeitung des Paragraphen 455 (455 a), Absatz 3 der STRAFPROZEBORDNUNG die besondere Frage der Auswirkung der Haftsituation auf den körperlichen Zustand der/des Verurteilten.

Es wird jedoch durch die Ergebnisse dieser Untersuchung deutlich, daß auch die psychosomatischen Aspekte in diesem Fragenkomplex eine Berücksichtigung erfordern.

Grundlage einer Entscheidung über eine Hafterleichterung/Haftaussetzung (Haftaufhebung) könnte ein medizinisch-psychosomatisches Gutachten sein, das von einem Arzt des Vertrauens erstellt werden sollte.

Als Schlußfolgerung ergibt sich somit die Aufforderung an den Gesetzgeber, diesen Schwangeren gegenüber eine flexiblere Haltung einzunehmen - wie unter Punkt 1.1.2 ausgeführt, haben einige Länder eine Strafvollzugspraxis, die diesem Problem gerecht wird.

Ziel einer Änderung im Strafvollzug für Schwangere ist die Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität.

LITERATURVERZEICHNIS
Juristische Literatur

1. AMELUNXEN, C.:

Die Kriminalität der Frau.

Kriminalistik, Hamburg 1958

2. AUSLÄNDISCHES Strafrecht der Gegenwart.

Bd. 1 - 4 (1962)

3. BADER, K.:

Soziologie der deutschen Nachkriegs-
Kriminalität,

Mohr, Tübingen 1949

4. DÜNKEL, E. A. ROSNER:

Die Entwicklung des Strafvollzugs in der
Bundesrepublik Deutschland.
- Materialien und Analysen.

Kriminologische Forschungsberichte aus dem
Max-Planck-Institut für ausländisches und
internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.
Bd. 7 (1981)

5. FINN, G. et al:

Politischer Strafvollzug in der DDR,

Verlag Wissenschaft und Politik 1960

6. FISCHER, O. et al.:

Der Strafvollzug im Dritten Reich,

Denkschrift und Materialsammlung, Union für
Recht und Freiheit, Prag XII 1940

7. GUTTENBERG, M., Freiherr zu :
Der Strafvollzug in Deutschland,

Im Kommissionsverlag der Verlagsdruckerei,
Würzburg GmbH 1913
8. HALLERMANN, W. :
Die kriminelle Frau aus forensisch medizinischer
Sicht.

Vortrag geh. auf dem Internationalen Seminar
für Ärztliche Fortbildung, Westerland (1968)
9. HALTER, H. :
Das kriminelle Verhalten der Frau.

Kriminalstatistische Untersuchungen in Berlin (West)
1954-1959, Dissertation Berlin 1965
10. HELDMANN, H.-H. :
Strafrechtliche Sonderbehandlung der Frau?

Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechts-
reform 40, Heft 3-4 (1957)
11. HENTIG, v., H. :
Fortplantungsphasen und Zurechnungsfähigkeit.

Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechts-
reform XXI, S. 149 ff (1930)
12. HÖFLICH :
Der Leiter der Strafvollzugsanstalt für Frauen,
Lehrterstr. 61, Berlin 21
Mündliche Mitteilung, 2.11.1982

13. INSTRUMENTS HALSBURY'S STATUTORY :
Bd. 18
14. JAHRBUCH FÜR OSTRECHT :
Das neue rumänische Strafvollzugsgesetz
Bd. 10, 2, S. 196-212, (1969)
15. JAPANISCHES Strafvollzugsrecht :
Bindzus
16. KÖNIG, H.:
Beiträge zur forensischen, psychiatrischen Beurteilung von Menstruation, Gravidität und Geburt.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 53, 685-737, 777 - 894, (1914)
17. MIDDENDORF, W.:
Soziologie des Verbrechens,
Eugen Diderichs, Düsseldorf-Köln 1959
18. MONATSHEFTE für Osteuropäisches Recht :
Jg. 9, (1967)
GEILKE, G.:
Der tschechoslowakische Freiheitsstrafvollzug.
19. OFFENBRÜGGEN, E.:
Das Alamannische Strafrecht im deutschen Mittelalter,
Verlag der Hürter'schen Buchhandlung 1860
20. PREUBISCHES, Das Strafvollstreckungs- und Gnadenrecht vom 1. August 1933 :

Industrieverlag Spaeth und Kindl, Berlin, Wien 1933

- 21 . SCHWARTZ, H. V. :
Die Strafvollzugsuntauglichkeit.

Jur.Diss.Tübingen (1963)
- 22 . SELLHEIM, H. :
Gemütsverstimmung der Frau,

Enke, Stuttgart 1930
23. SENATOR für Gesundheit, Soziales und Familie, Der :
Berlin
Bericht über die Situation der Frauen in Berlin
(1981)
24. SONDEREGGER, H. K.:
Die strafrechtliche Behandlung der Frau.

Dissertation Berlin (1924)
25. STERNFELD, I.:
Die Forderung einer strafrechtlichen Sonderbehandlung der Frau.

Jur. Diss. Leipzig (1930)
26. STRAFGESETZBUCH :
Dreher-Tröndle
Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 40. Auflage 1981
- 27 . STRAFPROZESSORDNUNG :
Kleinknecht:
"Strafprozessordnung mit Gerichtsverfassungsgesetz
und Nebengesetzen"
35. neubearbeitete Auflage,
Verlag C.H. Beck, München (1981)

28. STRAFVOLLZUGSGESETZ 1976 :

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und
der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung
und Sicherung mit ergänzenden Bestimmungen (1976).

Beck'sche Kurz-Kommentare, Bd. 19, München 1977

29. STRAFVOLLZUGSGESETZ der DDR 1977 :

in DDR-Gesetze,

Verlag Wissenschaft und Politik (1977)

30. WEISENBORN, G.:

Der lautlose Aufstand,

Bericht über die Widerstandsbewegung des deutschen
Volkes 1933-1945.

Bibliothek des Widerstandes, Röderberg, Frankfurt
1974

31. WILDA, W. E.:

Das Strafrecht der Germanen,

Halle, C.A. Schwetschke und Sohn 1842

32. ZEITSCHRIFT für die gesamte Strafrechtswissenschaft,
Bd. 78, S 262-271, (1966)

GEILKE, G.:

Freiheitsstrafvollzug in Polen.

Medizinische Literatur

1. ALEXANDER, F.:

Psychosomatische Medizin,

Walter de Gruyter, Berlin-New York 1977

2. APGAR, V.:

aus H. Opitz, F. Schmid :

Handbuch der Kinderheilkunde

Bd. III

Springer, Berlin 1966

3. BAILEY, M.:

Toxaemie of pregnancy: Cognitive and emotional effects
in children from consistent and non-consistent environ-
ments.

Paper presented at the meeting of the Amer. Psychol.
Assoc., New York (1966)

4. BLAU, A. B. et al.:

The psychogenemic etiology of premature births.

Psychosomatic Medicine XXU, 201-211, (1963)

5. BLINICK, G. R. et al.:

Drug addition in pregnancy and the neonate.

Am. J. Obstet. Gynecol. 125, 135-142, (1976)

6. BLOMBERG, S.:

Influence of maternal distress during pregnancy on
fetal malformations.

Acta psychiat. scand. 62, 315-330, (1980)

7. BLOMBERG, S. :
Influence of maternal distress during pregnancy on fetal development and mortality

Acta psychiatr. Scand. 62 (4), 298-314, (1980)
8. BOHMANN, M. :
Adopted children and their families.

Proprius, Stockholm 1970
9. BOHMANN, M. :
A comparative study of adopted children, foster children and children in their biological environment born after undesired pregnancies.

Acta paediat. Scand. Suppl. 221, (1971)
10. BRACKEN, M. B. et al. :
Correlates of repeat induced abortions.

Obstet. gynecol. 40: 816 (1972)
11. BUTLER, N. R. et al. :
Cigarette smoking in pregnancy: Its influence on birth weight and perinatal mortality.

Brit. med. J. 2, 127-130, (1972)
12. CANNON, W. B. :
Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.

New York: Appleton 1929
13. CAPLAN, G. :
Mastery of stress: Psychosocial aspects.

Am. J. Psychiatry, 138 (4), 413-20, (1961)

14. CARPENTER, J. et al.:
The effectiveness of patients interviews.

Archives of Genral Psychiatry 19, 110-112, (1968)
15. CONDRAU, G.:
Psychosomatik der Frauenheilkunde,

Huber, Bern-Stuttgart 1965
16. COPHER, D. E., C.P. HUBER:
Heart rate response of the fetus to induced maternal hypoxia.
Amer. Journ. of Obstet. Gynec. 98, 320-335, (1967)
17. COPPEN, A. J.:
Psychosomatic aspects of pre-eclamptic toxaemia.

Journal of Psychosomatic Research, 2, 241-265, (1958)
18. DAVIDS, A. et al.:
Maternal anxiety during pregnancy and adequacy of mother and child adjustment eight months following child birth.

Child development, 34, 993-1002, (1963)
19. DESTOUNIS, N.:
Complications of Pregnancy - a psychosomatic approach.

Canadian Psychiatric Association Journal 7, 270-279, (1962)

20. DICK-READ, G.O. :

Mutterwerden ohne Schmerz,

12. Auflage, Hoffmann und Campe, Hamburg 1963

21. DRILLIEN, C.M.:

The growth and development of the prematurely born infant.

Edinburgh: Livingstone in T.T.S. Wilkinson, E.M.:
The causes and natural history of cleft lip and
palate. (1966)

22. DRILLIEN, C.M.:

The social and economic factors affecting the incidence
of premature birth (Edinburgh).

Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British
Empire, 64, 161-183, (1957)

23. DÜHRSSSEN, A., A. JORES und W. SCHWIDDER:

Zum Stressbegriff in der psychosomatischen Medizin,

Zeitschr. für psychosomat. Med. und Psychoanal. 11,
S. 234 ff, (1965)

24. DUNBAR, F. :

nach Dührssen, A. et al.:

Zum Stressbegriff in der psychosomatischen Medizin.

Zeitschr. Psychosom. Med. und Psychoanal. 11, 234, (1965)

25. EDWARDS, K.R.:

Psychological changes associated with pregnancy and
obstetric complications.

Doctoral dissertation, Miami, 70-1225 (1969)

26. v. EIFF, A.W. :
Seelische und körperliche Störungen durch Stress,
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1976
27. ERICSON, A, KAELL'EN, B., WESTERHOM, P. :
Cigarette smoking as an etiologic factor in cleft lip
and palate.
Am. J. Obstet. Gynecol., 135 (3), 348-51, (1979)
28. ERIKSSON, M. et al. :
The influence of amphetamine addition in pregnancy
and the newborn infant.
Acta paediat. (Uppsala) 67, 95-99, (1978)
29. EVANS, D. R., R.G. NEWCOMBE, H. CAMPBELL, :
Maternal smoking habits and congenital malformations:
A population study.
Br. Med J., 2 (6183), 171-3, (1979)
30. FEDRICK, J. et al. :
Factors associated with low birth weight of infants
delivered at term.
Brit. J. Obstet. Gynecol. 85, (1), 1-7, (1978)
31. FEIGS, A. :
Statistische Untersuchungen über den körperlichen und
psychischen Zustand weiblicher Straftäter, unter
besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen
Delikt und Generationsphase.
Dissertation, Kiel (1971)

32. FINNEGAN, L.P. et al. :

Comprehensive care of the pregnant addict and its effect on material.

Contemporary Drug Problems 1, 795-809, (1972)

33. FLEGE, F.W. :

Früh- und Neugeborenenmorbidity - eine Einzelfallanalyse der Neugeborenen - Intensivstation an der Universitätsklinik Bonn aus den Jahren 1974-1977.

Bonn, Universität, Dissertation (1981)

34. FRICKES, W.S. et al.:

Narcotic addition, pregnancy and the newborn.

Am. J. Dis. Child. 132, 360-366, (1978)

35. FRIEDBERG, V., HIRSCH, H.D. :

Geburtshilfe,

Thieme-Verlag, Stuttgart 1975

36. GABELMANN, J. et al.:

Erste klinische Erfahrungen mit dem respiratorischen Biofeedback in der Geburtshilfe.

8. Akad. Tagung deutschsprechender Hochschullehrer in der Geburtshilfe und Gynäkologie, Hrsg. H. Husslein, Verlag H. Egermann, Wien (1977)

37. GLEISS, J. :

Zeitschrift für Kinderheilkunde 83, 549, (1960)

38. GOLDSTEIN, M.:

Untersuchung über die Häufigkeit und Dauer des Stillens und den Einfluß psychosozialer Faktoren in West-Berlin (1973-1975).

Diss FU Berlin (1978)

39. GORSUCH, R.L. et al. :

Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress.

Psychosom. Med. 36, 352-362, (1974)

40. GREENGLASS, E.R. :

Therapeutic abortion, fertility plans and psychological sequelae.

Am. J. Orthopsychiatry 47, 119, (1977)

41. GREENHILL, J.P. et al. :

Biological principles and modern practice of obstetrics.

Philadelphia, W.B. Saunders & Co., 527-533 1974

42. GREISS, F.C., F.L. GOBBLE:

Effect of sympathetic nerve stimulation on the uterine vascular bed.

Am. J. of Obstet. Gynec. 97, 962-967, (1967)

43. GRIMM, E.R. :

Psychological tension in pregnancy.

Psychosom. Med. 23, 520-527, (1961)

44. HALBACH, G. :

nach Dührssen, A. et al. (Titel siehe dort)

Antwort von Gert Halbach, Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie (Max-Planck-Institut, München)

45. HARTMANN, P. :

Psychosomatische Aspekte bei vorzeitiger Wehentätigkeit.

München, Universität 07, Fachbereich Medizin,
Dissertation (1980)

46. HAUSER, G.A. :
Häufigkeit und prädisponierende Faktoren der Schwangerschafts-Spätgestosen.

Gynäkologie 51, 348-368, (1961)
47. HEMMINKI, K., et al.:
Congenital malformations and maternal occupation in Finland: multivariate analysis.

J. Epidemiol. Community Health, 35, (1), 5-10, (1981)
48. HERMS, V., E. KUBLI:
Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

7. Geburtshilfe Perinatol. 182/1, 3-15, (1978)
49. HERRENKOHL, L.R. et al. :
Effects of Prepartal Stress on Postpartal Nursing Behavior, Litter Development and Adult Sexual Behavior.

Psychology and Behavior 17, 1019-121, (1976)
50. HICKL, E.J. et al.: - siehe Nachtrag - 50
51. HULTIN, M., OTTOSON, J. O. :
Perinatal conditions of unwanted children.

Acta psychiat. Scand. Suppl. 221, 59-76, (1971)
52. JACOBSSON, L. et al.:
Repeat aborters - First aborters - a social-psychiatric comparison.
Social Psychiatry 11:75 (1976)
53. JONES, C. :
Life change and psychological distress as predictors of pregnancy outcome.

Psychosom. Med. 40 (5), 402-412, (1978)

54. JUNG, H. :
Die Frühgeburt,

Gynäkologie 8, 176-185, (1975)
55. KENDALL, S.R. et al.:
The narcotic-dependent mother, fetal and neonatal
consequences.

Early Human Development 1, 2, 159-169, (1977)
56. KAPP, F.T. et al. :
Some psychologic factors in prolonged labor due to
inefficient uterine action.

Comprehensive Psychiatry 4, 9-18, (1963)
57. KIRGIS, C.A. et al. :
Predicting infant apgar-scores.

Nurs. Res. 26, 439-42, (1977)
58. KNOBEL, M. :
Preventive psychotherapy in pregnancy.

Psychotherapy and Psychosomatics 15, 34, (1967)
59. KULLANDER, S., B. KÄLLEN:
A prospective study of smoking and pregnancy.

Acta Obstet. Gynec. Scand. 50, 83-94, (1971)
60. LEVI, L. et al.
Psychosocial stress: Population, environment and quality
of life,

New York, Spectrum Publications 1975

61. MANN, E.C. :
Spontaneous abortions and miscarriage.

In: Howelles, J.G.: Modern Perspectives in Psycho-
Obstetrics, Oliver and Boyd, Edinburgh 1972
62. MARTIUS, G. :
Lehrbuch der Geburtshilfe,

10. Auflage, Thieme-Verlag, Stuttgart 1981
63. MASUDA-HOLMES, T.H. :
Life events: Perceptions and frequencies.

Psychosom.Medicine (Baltimore) 40, 236-261, (1978)
64. MC DONALD, R.L.et al. :
Relationship of emotional adjustment during pregnancy
in obstetrical complications.

Am.J.Obstet.Gynecol.86, 341-348, (1963)
65. MC DONALD, R.L.et al. :
Relations between maternal anxiety and obstetric
complications.

Psychosom.Med.25, 357-363, (1963)
66. MEYER, M.B. :
How does maternal smoking affect birth weight and
maternal weight gain? Evidence from the Ontario
Perinatal Mortality study.

Am.J.Obstet.Gynecol.131 (8), 888-93, (1978)

67. MILLER, E. et al. :
Impact of the abortion experiences on contraceptive acceptance.

Adv. Planned Parent 12, 15, (1977)
MORGAN, S. et al. : - siehe Nachtrag- 102.
68. MORRIS, N. M. :
Reduction of low birth weight rates by prevention of unwanted pregnancies.

Am. J. Pub. Health 63, 935-938, (1973)
69. MYERS, R. E. :
Production of fetal asphyxie by maternal psychological stress.

Pavlov J. Biol. sc. 12 (1), 56-62, (1977)
70. NAEYE, R. L. :
The duration of maternal cigarette smoking, fetal and placental disorders.

Early Hum. Dev., 3 (3), 229-37, (1979)
71. NELIGAN, G. et al. :
Clinics in Developmental Medicine.

No. 61 Spastics International Medical Publications,
London (1976)
72. NEWTON, R. W. et al. :
Stress and premature labour.

Brit. Med. J. 2, 1512-3, (1979)
73. NEWTON, R. W. et al. :
Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour.

Brit. Med. J. 2, 411-3, (1979)

74. NUCKOLLS, C.B.et al.:

Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy.

Amer. J.epiderm,95, 431-441, (1972)

75. OBEL, E. B.:

Pregnancy complications following legally induced abortion: an analysis of the population with special reference to prematurity.

Dan.Med. Bull.26 (4), 192-9, (1979)

76. OREL, H.:

Neue Öst.Z.Kinderhk.4, 115, (1959)

77. PELOSI, A.M.et al.:

Galactorrhea-Amenorrhea Syndrome Associated with Heroin-Addition.

Am. J. Obstet. Gynecol. 118, 966, (1974)

78. PERL, I.:

Schwangerschaft und Geburt bei Drogenabhängigen.

Inauguraldissertation aus der Universitätsfrauenklinik des Klinkums Charlottenburg der FU Berlin (1980)

79. PHILIPP, E.:

Aspects of pregnancy: Pregnancy in prison.

Midwife Health Visit Community Nurse 14, 2, 36-41, (1978)

80. PRILL, H.J.:
Schwangerschaft - psychopathische Wechselwirkung.
In:
Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft, hrsg.
von Bürger-Prinz, H. et al. Henke, Stuttgart 1968.
81. PRILL, H.J.:
Zur psychischen Reifung der Schwangeren.

Gynaecologia, 144, 231, (1957)
82. RIPPMANN, E.T.:
Schwangerschaftsgestose und Psychosomatik.

Gynaecologia 166, 377-408, (1968)
83. ROGERS, M.P. et al.:
The influence of the psyche and the brain on immunity
and disease susceptibility: a critical review.

Psychosomat.Med. 41, 147-164, (1979)
84. ROVINSKY, J.G.:
Abortion recidivism, a problem in preventive medicine.

Obstet.Gynecol. 39, 649, (1972)
85. SCHLOTTER, C.M. et al.:
Die psychische Verarbeitung der Tokolyse-Behandlung
Vortrag IX. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin,
Berlin Mai (1977).
86. SIEGRIST, J.:
Die Bedeutung von Lebensveränderungen für den Ausbruch
einer Krankheit.

Med.Klin. 75, 770-777, (1980)

87. SIMON, C.:
Klinische Pädiatrie,

Stuttgart-New York, Jhrg. 1973
88. SONTAG, L.W. et al.:
The fetal and maternal cardiac response to environmental stress.

Hum. Develop. 12, 1-9, (1969)
89. STAUBER, M., M. SCHWERDT, E. HOLLENBACH:
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett heroïnabhängigen Frauen - derzeitiger Wissenssstand und eigene Erfahrungen, Frauenklinik und Poliklinik der Freien Universität, Berlin

Geburtshilfe und Frauenheilkunde 42, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 345-352, (1982)
90. STAUBER, M.:
Zur Psychosomatik in der Geburtshilfe.

Das Berliner Ärzteblatt 9, 424-427, (1981)
91. STERN, R.:
The Pregnant Addict.

Am. J. Obstet. Gynecol. 94, 2, 253-257, (1966)
92. STOTT, D.H.:
Follow-up Study from Birth of the Prenatal Stresses.
(Glasgow)

Develop. Med. Child. Neurol. 15, 770-787, (1973)
93. TIETZE, C.:
Repeat abortions - why more?
Fam. Plan. Perspect 20, 286, (1978)

94. TULZER, W., J. WANCURA:
Beeinflussung der Frühgeburtlichkeit durch soziale
Faktoren.

Arch.Kinderheilkunde 183, 338-347 (1971)
95. TUPPER, C.F.et al. :
The problem of spontaneous abortion.

Am.J.Obstet.Gynec.73, 313-321, (1957)
96. TYLDEN, E. :
Beratung und Behandlung süchtiger Mütter und ihrer
Kinder in England.

Vortrag auf dem Symposium: Sucht und Schwangerschaft,
6. und 7. November 1981, Berlin.
97. WILLIAMS, C.C.et al. :
Pregnancy and Life Change.

J. Psychosom. Res.19, 123-129, (1975)
98. WOHLERT, M., F. MOLLER-LARSEN:
The significance of social factors in the choice of
legal termination of pregnancy. A social medical
investigation of 531 women applying for termination
and 285 pregnant control patients.

Ugeskr.Laeg.140/30, 1835-41, (1978)
99. WOLFF, H.G.et al. :
Life stress and body disease.

William and Wilkins, Baltimore (1950)

100. YAMAMOTO, K.J.et al. :

Pregnant women's ratings of different factors
influencing psychological stress during pregnancy.

Psychol. Report. 39, 1, 203-214, (1976)

101. ZELSON, C.et al.:

Neonatal Narcotic Addiction. Comparative Effects
of Material Intake of Heroin and Methadone.

New Engl.J.Med.289, 1216, (1973)

Nachtrag:

50. HICKL, E.J.et al. :

Hrsg. Angewandte Perinatologie

Urban und Schwarzenberg, München (1974)

102. MORGAN, S.et al.:

Psychosocial Aspect of hyalin membrane disease.

Psychosomatics 17 (3), 147-50, (1976)

11.0 Anhang

Tabellen, Kurven, Normalwerte, Auszüge aus dem
STRAFVOLLZUGSETZ BRD (1976), STRAFVOLLZUGSGESETZ
DDR (1977), STRAFPROZESSORDNUNG BRD (1981)

Tabellen:Apgar-Score (Asphyxie-Index)

Punktzahl		0	1	2	Summe		
Herzfrequenz		keine	< 100/min	> 100/min	Zeitpunkt		
					1'	5'	10'
Atmung	keine		unregelmäßig/langsam/schnappend	regelmäßig/schreiend			
Muskeltonus	schlaff		schwache Bewegungen, Flexionsbewegung	kräftige Bewegungen			
Reflexe beim Absaugen	keine		Grimassen	kräftiges Schreien/Niesen			
Hautfarbe	blaß, zyano-tisch		Extremitätenzyanose/Körper rosig	rosig			

Punktzahlen: 8 - 10 lebensfrisches Kind
6 - 7 mittelschwere Depression
4 - 5 schwere Depression
1 - 3 schwerste Depression
0 totes Kind

Abort-Ursachen

Zervix-/Endometriuminsuffizienz (1 Abruptio und 4 Aborte in der Anamnese)	+
Hypermotilität des Uterus (psychovegetative Störung)	+
Blutung	+
EPH-Gestose (Proteinurie)	+
Anämie	+
Nikotin-Abusus (60 Zigaretten/d)	+
niedriger sozioökonomischer Status	+

Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung
Kriterien: (während der Schwangerschaft)

<u>Disponierende mütterliche Faktoren :</u>
- Nikotin
- EPH-Gestose
- Grundleiden
- uterine Blutung
- KG-Zunahme zu gering in Folge einer Mangel- ernährung
<u>Labor :</u>
HPL/E ₃
Östrogen/24 Std.
<u>andere Untersuchungen :</u>
CTG
Amnioskopie
Ultraschallfetometrie
<u>stationäre Behandlung :</u>

Plazentainsuffizienz/kindliche Retardierung
Kriterien: (nach der Geburt)

Plazentainsuffizienz	kindliche Retardierung
histologische Untersuchung der Plazenta: 1. Anlagestörung - "Implantations-schaden" - "lokale Chorioangio-matose" 2. Reifungsstörung = Asynchrone Entwick-lung von Foet und Plazenta - "Zottenreifungsstö-rung" 3. Zirkulationsstörung - "eingeschränkte Diffusionskapazität" - "herdförmige Verkalkung" - "Infarkte" 4. Alterungs- und Rückbil-dungserscheinung: - "diffuse Verkalkung" 5. Entzündungen - "Plazentitisdisseminata"	Perzentilen-Kurve der Geburtsgewichte - 10er Perzentile - 3er Perzentile Fetus des Spätaborts Fetus der Totgeburt

Absolute Übertragung

Zeitliche Übertragung:

- SSW ($\geq 42.$)
- Runge
- Östriol
- Amnioskopie
- Übertragungszeichen beim Neugeborenen

Relative Übertragung

Übertragungszeichen beim Neugeborenen:

- Waschfrauenhände
- Abschilderungen der Epidermis im Bereich der Beugefalten
- Vernix caseosa fehlend
- Lanugobehaarung fehlend
- Fingernägel überlang
- Sprotum/Labien-Rötung

Das Neugeborene

Beschreibung der Neugeborenen

das reife Neugeborene (rechtzeitig/ eutroph)

<u>das Frühgeborene</u>	$\geq$	38. SSW	10 - 90 Perzentile
	$\leq$	41. SSW	

a) unreife Neugeborene:

Tragzeit (29.-37. SSW) $\hat{=}$ Geburtsgewicht (10-90 Perzentile)

b) unreife hypotrophe Neugeborene/Früh-Mangelgeborene:

Tragzeit (29.-37.SSW) entspricht nicht Geburtsgewicht ($\leq$ 10 Perzentile)

das Mangelgeborene

a) reife hypotrophe Neugeborene - small for date babies:

Tragzeit ($\geq$ 38 SSW) entspricht nicht dem Geburtsgewicht ($\leq$ 10 Perzentile)

b) unreife hypotrophe Neugeborene: siehe 4.8.2 b

c) übertragene hypotrophe Neugeborene:

Tragzeit $\hat{=}$ 42.SSW - Übertragungszeichen - Gewicht $\leq$ 10 Perzentile

das übertragene Neugeborene

a) übertragene Neugeborene:

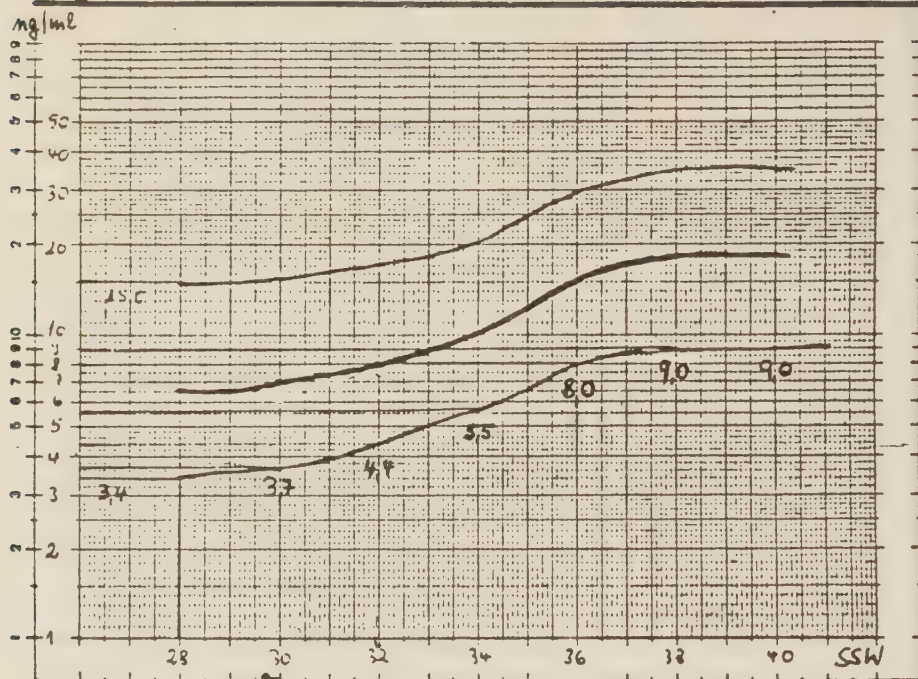
Tragzeit $\geq$ 42. SSW - Übertragungszeichen

b) $\hat{=}$ 4.8.3 c)

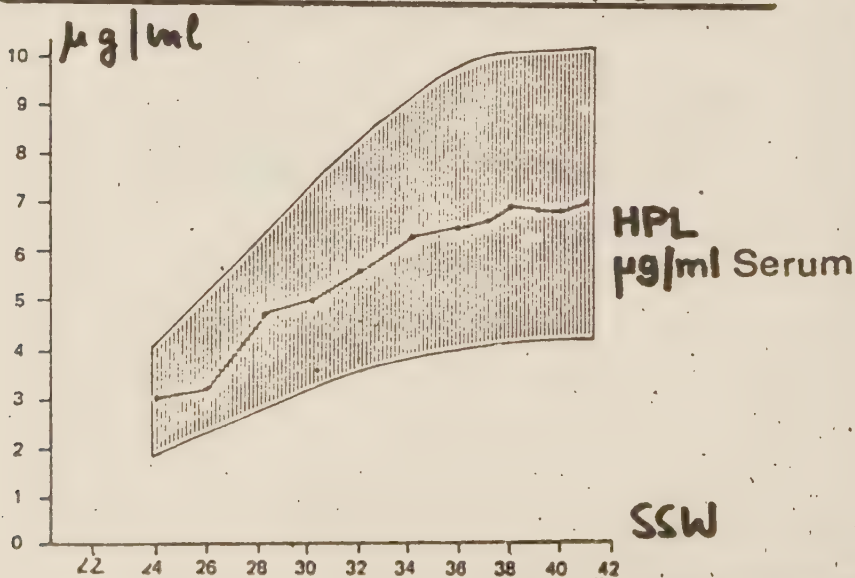
das Neugeborene mit Überreifesyndrom

Tragzeit $\leq$ 41. SSW - Übertragungszeichen

E₃ · Gesamt Östrol : neue Normalwerte



HUMANES PLAZENTALLAKTOGEN



GEBURTSGEWICHT (g)

4400

3600

2800

2000

1200

400

%

97

90

75

50

25

10

3

28

30

32

34

36

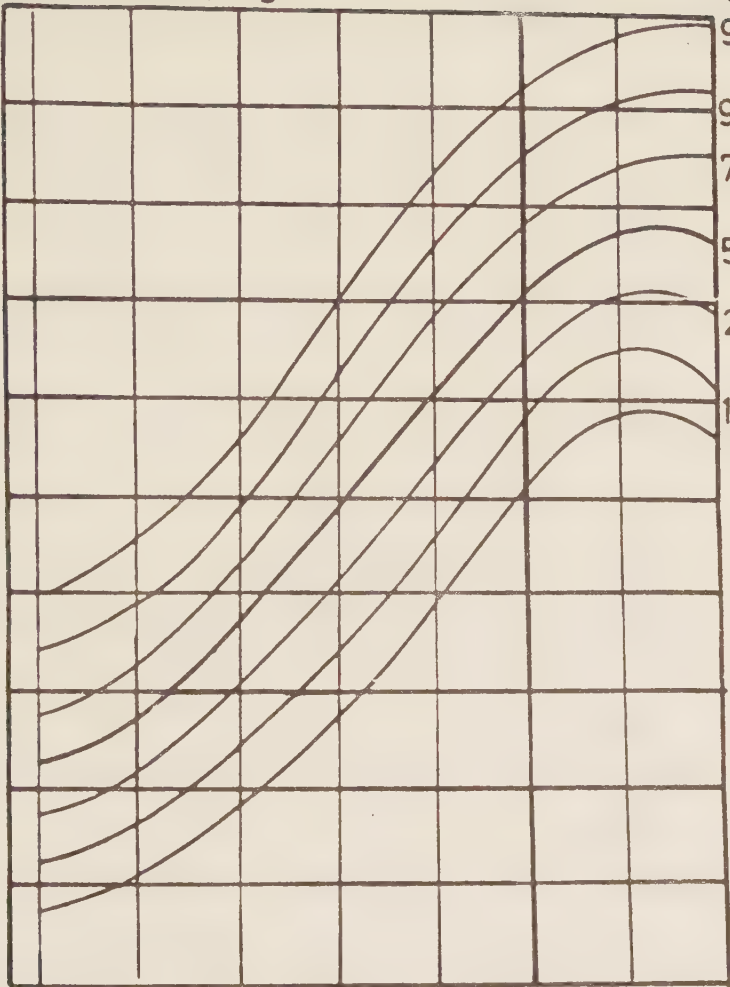
38

40

42 (Wo)

Neugeborenengewicht in Percentilen

(Hickl, 1972)



Normalwerte

Blut:

Hb	120-160 g/l
Erythrozyten	4,2-5,4 T/l
Gesamteiweiß	65,5 - 86,5 g/l
Röteln-Titer	ab 1:32

Urin

Eiweiß	Ø
Zucker	Ø
Bakterien	Ø

Leberenzyme

- GOT	→ 15 U/L
- GPT	→ 17 U/l
- aP	60-170 U/l

RR $\leq 90/\leq 140$

Bilirubin (Neugeborene)

- 10 mg% (170 $\mu\text{mol/l}$)

Hormone

E₃)
HPL) siehe Graphiken

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft:

$\leq$ 500 g/Woche

$\leq$ 12 kg/Schwangerschaft

Einteilung des pH NA

> 7,30	= normale Azidität
7,20 - 7,29	= leichte Azidität
7,10 - 7,19	= mäßige Azidität
7,00 - 7,09	= fortgeschrittene Azidität
< 7,00	= schwere Azidität

1976	Ausgegeben zu Bonn am 20. März 1976	Nr. 28
------	-------------------------------------	--------

Tag	Inhalt	Seite
16. 3. 76	Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung — Strafvollzugsgesetz (StVollzG) — 300-2, 300-1, 312-2, 450-16, 452-1, 452-3 316-1, 310-4, 300-1, 368-1, 363-1, 820-1, 821-1, 822-1, 8252-1, 810-1	581

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung — Strafvollzugsgesetz (StVollzG) —

Vom 16. März 1976

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Erster Abschnitt Anwendungsbereich

§ 1

Dieses Gesetz regelt den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung.

Zweiter Abschnitt Vollzug der Freiheitsstrafe

§ 2

§ 3

Aufgaben des Vollzuges

Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene erzogen werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel). Der

Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.

§ 3

Gestaltung des Vollzuges

(1) Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden.

(2) Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken.

(3) Der Vollzug ist darauf auszurichten, daß er dem Gefangenen hilft, sich in das Leben in Freiheit einzufügen.

§ 4

Stellung des Gefangenen

(1) Der Gefangene wirkt an der Gestaltung seiner Behandlung und an der Erreichung des Vollzugsziels mit. Seine Bereitschaft hierzu ist zu wecken und zu fördern.

(2) Der Gefangene unterliegt den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen seiner Freiheit. Soweit das Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, dürfen ihm nur Beschränkungen auferlegt werden, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Anwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung der Anstalt unerlässlich sind.

Zweiter Titel Planung des Vollzuges

§ 5

Aufnahmeverfahren

(1) Beim Aufnahmeverfahren dürfen andere Gefangene nicht zugegen sein.

(2) Der Gefangene wird über seine Rechte und Pflichten unterrichtet.

(3) Nach der Aufnahme wird der Gefangene alsbald ärztlich untersucht und dem Leiter der Anstalt oder der Aufnahmeabteilung vorgestellt.

§ 6

Behandlungsuntersuchung. Beteiligung des Gefangenen

(1) Nach dem Aufnahmeverfahren wird damit begonnen, die Persönlichkeit und die Lebensverhältnisse des Gefangenen zu erforschen. Hiervon kann abgesehen werden, wenn dies mit Rücksicht auf die Vollzugsdauer nicht geboten erscheint.

(2) Die Untersuchung erstreckt sich auf die Umstände, deren Kenntnis für eine planvolle Behandlung des Gefangenen im Vollzuge und für die Eingliederung nach seiner Entlassung notwendig ist.

(3) Die Planung der Behandlung wird mit dem Gefangenen erörtert.

§ 7

Vollzugsplan

(1) Auf Grund der Behandlungsuntersuchung (§ 6) wird ein Vollzugsplan erstellt.

(2) Der Vollzugsplan enthält Angaben mindestens über folgende Behandlungsmaßnahmen:

1. die Unterbringung im geschlossenen oder offenen Vollzug,
2. die Zuweisung zu Wohngruppen und Behandlungsgruppen,
3. den Arbeitseinsatz sowie Maßnahmen der beruflichen Ausbildung Fortbildung oder Umschulung,
4. die Teilnahme an Veranstaltungen der Weiterbildung,
5. besondere Hilfe- und Behandlungsmaßnahmen,
6. Lockerungen des Vollzuges und
7. notwendige Maßnahmen zur Vorbereitung der Entlassung.

(3) Der Vollzugsplan ist ein Instrument der Entwicklung des Gefangenen. Er soll die Möglichkeiten der Persönlichkeitsförderung und der Eingliederung zu halten. Hierfür sind die Gefangenen zu beteiligen. Die Fristen vorzuziehen.

§ 8

Verlegung, Überstellung

(1) Der Gefangene kann abweichend vom Vollstreckungsplan in eine andere für den Vollzug der Freiheitsstrafe zuständige Anstalt verlegt werden,

1. wenn die Behandlung des Gefangenen oder seine Eingliederung nach der Entlassung hierdurch gefördert wird oder

2. wenn dies aus Gründen der Vollzugsorganisation oder aus anderen wichtigen Gründen erforderlich ist.

(2) Der Gefangene darf aus wichtigem Grund in eine andere Vollzugsanstalt überstellt werden.

§ 9

Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt

(1) Ein Gefangener kann in eine sozialtherapeutische Anstalt verlegt werden, wenn die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen einer solchen Anstalt zu seiner Resozialisierung angezeigt sind. Er kann wieder zurückverlegt werden, wenn mit diesen Mitteln und Hilfen dort kein Erfolg erzielt werden kann.

(2) Zu einer Untersuchung, ob die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 vorliegen, kann der Gefangene bis zu drei Monaten in eine sozialtherapeutische Anstalt oder eine sozialtherapeutische Beobachtungsstelle verlegt werden.

(3) Die Verlegung bedarf der Zustimmung des Leiters der sozialtherapeutischen Anstalt.

§ 10

Offener und geschlossener Vollzug

(1) Ein Gefangener soll mit seiner Zustimmung in einer Anstalt oder Abteilung des offenen Vollzuges untergebracht werden, wenn er den besonderen Anforderungen des offenen Vollzuges genügt und namentlich nicht zu befürchten ist, daß er sich dem Vollzug der Freiheitsstrafe entziehen oder die Möglichkeiten des offenen Vollzuges zu Straftaten mißbrauchen werde.

(2) Im übrigen sind die Gefangenen im geschlossenen Vollzug unterzubringen. Ein Gefangener kann auch dann im geschlossenen Vollzug untergebracht oder dorthin zurückverlegt werden, wenn dies zu seiner Behandlung notwendig ist.

§ 11

Lockerungen des Vollzuges

(1) Als Lockerung des Vollzuges kann namentlich angeordnet werden, daß der Gefangene

1. außerhalb der Anstalt regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht eines Vollzugsbediensteten (Freigang) nachgehen darf oder

2. für eine bestimmte Tageszeit die Anstalt unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht eines Vollzugsbediensteten (Ausgang) verlassen darf.

(2) Diese Lockerungen dürfen mit Zustimmung des Gefangenen angeordnet werden, wenn nicht zu befürchten ist, daß der Gefangene sich dem Vollzug der Freiheitsstrafe entziehen oder die Lockerungen des Vollzuges zu Straftaten mißbrauchen werde.

§ 12

Ausführung aus besonderen Gründen

Ein Gefangener darf auch ohne seine Zustimmung ausgeführt werden, wenn dies aus besonderen Gründen notwendig ist.

§ 13

Urlaub aus der Haft

(1) Ein Gefangener kann bis zu einundzwanzig Kalendertagen in einem Jahr aus der Haft beurlaubt werden. § 11 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Der Urlaub soll in der Regel erst gewährt werden, wenn der Gefangene sich mindestens sechs Monate im Strafvollzug befunden hat.

(3) Ein zu lebenslanger Freiheitsstrafe verurteilter Gefangener kann beurlaubt werden, wenn er sich einschließlich einer vorübergehenden Untersuchungshaft oder einer anderen Freiheitsentziehung zehn Jahre im Vollzug befunden hat oder wenn er in den offenen Vollzug überwiesen ist.

(4) Gefangenen, die sich für den offenen Vollzug eignen, aus besonderen Gründen aber in einer geschlossenen Anstalt untergebracht sind, kann nach den für den offenen Vollzug geltenden Vorschriften Urlaub erteilt werden.

(5) Durch den Urlaub wird die Strafvollstreckung nicht unterbrochen.

§ 14

Weisungen,

Aufhebung von Lockerungen und Urlaub

(1) Der Anstaltsleiter kann dem Gefangenen für Lockerungen und Urlaub Weisungen erteilen.

(2) Er kann Lockerungen und Urlaub widerrufen, wenn

1. er auf Grund nachträglich eingetretener Umstände berechtigt wäre, die Maßnahmen zu versagen,
2. der Gefangene die Maßnahmen mißbraucht oder
3. der Gefangene Weisungen nicht nachkommt.

Er kann Lockerungen und Urlaub mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen, wenn die Voraussetzungen für ihre Bewilligung nicht vorgelegen haben.

§ 15

Entlassungsvorbereitung

Die Entlassungsvorbereitung soll der Anstaltsleitung vorbehalten sein (§ 11).

Die Anstaltsleitung kann in einer offenen Anstalt die Entlassungsvorbereitung durchführen lassen.

Die Anstaltsleitung kann die Entlassungsvorbereitung auch in einer geschlossenen Anstalt durchführen lassen, wenn dies aus besonderen Gründen notwendig ist.

Die Anstaltsleitung kann die Entlassungsvorbereitung auch in einer geschlossenen Anstalt durchführen lassen, wenn dies aus besonderen Gründen notwendig ist. Absatz 3 Satz 1 findet keine Anwendung.

§ 16

Entlassungszeitpunkt

(1) Der Gefangene soll am letzten Tag seiner Strafzeit möglichst frühzeitig, jedenfalls noch am Vormittag entlassen werden.

(2) Fällt das Strafende auf einen Sonnabend oder Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag, den ersten Werktag nach Ostern oder Pfingsten oder in die Zeit vom 22. Dezember bis zum 2. Januar, so kann der Gefangene an dem diesem Tag oder Zeitraum vorhergehenden Werktag entlassen werden, wenn dies nach der Länge der Strafzeit vertretbar ist und fürsorgliche Gründe nicht entgegenstehen.

(3) Der Entlassungszeitpunkt kann bis zu zwei Tagen vorverlegt werden, wenn dringende Gründe dafür vorliegen, daß der Gefangene zu seiner Eingliederung hierauf angewiesen ist.

Dritter Titel

Unterbringung und Ernährung des Gefangenen

§ 17

Unterbringung während der Arbeit und Freizeit

(1) Die Gefangenen arbeiten gemeinsam. Dasselbe gilt für Berufsausbildung, berufliche Fortbildung, Umschulung sowie arbeitstherapeutische und sonstige Beschäftigung während der Arbeitszeit.

(2) Während der Freizeit können die Gefangenen sich in der Gemeinschaft mit den anderen aufhalten. Für die Teilnahme an gemeinschaftlichen Veranstaltungen kann der Anstaltsleiter mit Rücksicht auf die räumlichen, personellen und organisatorischen Verhältnisse der Anstalt besondere Regelungen treffen.

(3) Die gemeinschaftliche Unterbringung während der Arbeitszeit und Freizeit kann eingeschränkt werden,

1. wenn ein besonderer Einfluß auf andere Gefangene zu befürchten ist,
2. wenn der Gefangene nach § 6 untersucht wird, aber nicht länger als zwei Monate,
3. wenn es die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt erfordert oder
4. wenn der Gefangene zustimmt.

§ 18

Unterbringung während der Ruhezeit

(1) Gefangene werden während der Ruhezeit in ihren Habsräumen untergebracht. Eine gemeinsame Unterbringung ist zulässig, sofern ein Gefangener kein Bedürfnis hat oder eine Gefahr für Leben oder Gesundheit eines Gefangenen besteht.

(2) Im offenen Vollzug dürfen Gefangene mit ihrer Zustimmung während der Ruhezeit gemeinsam untergebracht werden, wenn eine schädliche Beeinflussung nicht zu befürchten ist. Im geschlossenen

Vollzug ist eine gemeinschaftliche Unterbringung zur Ruhezeit außer in den Fällen des Absatzes 1 nur vorübergehend und aus zwingenden Gründen zulässig.

§ 19

Ausstattung des Hafttraumes durch den Gefangenen und sein persönlicher Besitz

(1) Der Gefangene darf seinen Haftraum in angemessenem Umfang mit eigenen Sachen ausstatten. Lichtbilder nahestehender Personen und Erinnerungstücke von persönlichem Wert werden ihm belassen.

(2) Vorkehrungen und Gegenstände, die die Übersichtlichkeit des Hafttraumes behindern oder in anderer Weise Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährden, können ausgeschlossen werden.

§ 20

Kleidung

(1) Der Gefangene trägt Anstaltskleidung. Für die Freizeit erhält er eine besondere Oberbekleidung.

(2) Der Anstaltsleiter gestattet dem Gefangenen, bei einer Ausführung eigene Kleidung zu tragen, wenn zu erwarten ist, daß er nicht entweichen wird. Er kann dies auch sonst gestatten, sofern der Gefangene für Reinigung, Instandsetzung und regelmäßigen Wechsel auf eigene Kosten sorgt.

§ 21

Anstaltsverpflegung

Zusammensetzung und Nährwert der Anstaltsverpflegung werden ärztlich überwacht. Auf ärztliche Anordnung wird besondere Verpflegung gewährt. Dem Gefangenen ist zu ermöglichen, Speisevorschriften seiner Religionsgemeinschaft zu befolgen.

§ 22

Einkauf

(1) Der Gefangene kann sich von seinem Hausgeld (§ 47) oder von seinem Taschengeld (§ 46) aus einem von der Anstalt vermittelten Angebot Nahrungs- und Genußmittel sowie Mittel zur Körperpflege kaufen. Die Anstalt soll für ein Angebot sorgen, das auf Wünsche und Bedürfnisse der Gefangenen Rücksicht nimmt.

(2) Gegenstände, die die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährden können, vom Einkauf ausgeschlossen werden. Auf ärztliche Anordnung kann ein Gefangener der Einnahme einzelner Nahrungsmittel ganz oder teilweise untersagt werden, wenn zu erwarten ist, daß seine Gesundheit ernstlich gefährdet ist. In Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen kann der Einkauf einzelner Nahrungsmittel ganz oder teilweise eingeschränkt werden.

(3) Verfügt der Gefangene ohne eigenes Versehen nicht über Haus- oder Taschengeld, wird ihm gestattet, in angemessenem Umfang von Eigen- geld einzukaufen.

Vierter Titel

Besuche, Schriftwechsel sowie Urlaub, Ausgang und Ausführung aus besonderem Anlaß

§ 23

Grundsatz

Der Gefangene hat das Recht, mit Personen außerhalb der Anstalt im Rahmen der Vorschriften dieses Gesetzes zu verkehren. Der Verkehr mit Personen außerhalb der Anstalt ist zu fördern.

§ 24

Recht auf Besuch

(1) Der Gefangene darf regelmäßig Besuch empfangen. Die Gesamtdauer beträgt mindestens eine Stunde im Monat. Das Weitere regelt die Hausordnung.

(2) Besuche sollen darüber hinaus zugelassen werden, wenn sie die Behandlung oder Eingliederung des Gefangenen fördern oder persönlichen, rechtlichen oder geschäftlichen Angelegenheiten dienen, die nicht vom Gefangenen schriftlich erledigt, durch Dritte wahrgenommen oder bis zur Entlassung des Gefangenen aufgeschoben werden können.

(3) Aus Gründen der Sicherheit kann ein Besuch davon abhängig gemacht werden, daß sich der Besucher durchsuchen läßt.

§ 25

Besuchsverbot

Der Anstaltsleiter kann Besuche untersagen,

1. wenn die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährdet würde,
2. bei Besuchern, die nicht Angehörige des Gefangenen im Sinne des Strafgesetzbuches sind, wenn zu befürchten ist, daß sie einen schädlichen Einfluß auf den Gefangenen haben oder seine Eingliederung behindern würden.

§ 26

Besuche von Verteidigern, Rechtsanwälten und Notaren

Besuche von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten oder Notaren in einer den Gefangenen betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. § 24 Abs. 3 gilt entsprechend. Eine inhaltliche Überprüfung der vom Verteidiger mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist nicht zulässig.

§ 27

Überwachung der Besuche

(1) Die Besuche dürfen aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt überwacht werden. Die Unterhaltung ist nur dann zu überwachen, wenn es aus diesen Gründen geboten ist.

(2) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn Besucher oder Gefangene gegen die Vorschriften dieses Gesetzes oder die auf Grund dieses Gesetzes getroffenen Anordnungen trotz Abmahnung verstoßen. Die Abmahnung unterbleibt, wenn es unerlässlich ist, den Besuch sofort abbrechen.

(3) Besuche von Verteidigern werden nicht überwacht.

(4) Gegenstände dürfen beim Besuch nur mit Erlaubnis übergeben werden. Dies gilt nicht für die bei dem Besuch des Verteidigers übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen sowie für die bei dem Besuch eines Rechtsanwalts oder Notars zur Erledigung einer den Gefangenen betreffenden Rechtlässe übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen; bei dem Besuch eines Rechtsanwalts oder Notars kann die Übergabe aus Gründen der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt von der Erlaubnis abhängig gemacht werden.

§ 28

Recht auf Schriftwechsel

(1) Der Gefangene hat das Recht, unbeschränkt Schreiben abzusenden und zu empfangen.

(2) Der Anstaltsleiter kann den Schriftwechsel mit bestimmten Personen untersagen,

1. wenn die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährdet würde,

2. bei Personen, die nicht Angehörige des Gefangenen im Sinne des Strafgesetzbuchs sind, wenn zu befürchten ist, daß der Schriftwechsel einen schädlichen Einfluß auf den Gefangenen haben oder seine Eingliederung behindern würde.

§ 29

Überwachung des Schriftwechsels

(1) Der Schriftwechsel des Gefangenen mit seinem Verteidiger wird nicht überwacht

(2) Nicht überwacht werden ferner Schreiben des Gefangenen an Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie an deren Mitglieder, soweit die Schreiben an die Anschriften dieser Volksvertretungen gerichtet sind und den Absender zutreffend angeben, sowie an die Europäische Kommission für Menschenrechte

(3) Der übrige Schriftwechsel darf aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt überwacht werden.

§ 30

Verpackung von Schreiben. Aufbewahrung

(1) Der Gefangene kann die Sendung und Empfang von Schreiben an die Anstalt verweigern zu Lasten des Absenders, wenn sie gestattet ist.

(2) Der Gefangene darf ausgehende Schreiben nicht unterschließen. Die eingehenden Schreiben sind unverzüglich zu öffnen.

(3) Der Gefangene hat eingehende Schreiben unverzüglich zu verpacken, sofern nichts anderes gestattet wird; er kann sie verschlossen zu seiner Habe geben.

§ 31

Anhalten von Schreiben

(1) Der Anstaltsleiter kann Schreiben anhalten,

1. wenn das Ziel des Vollzuges oder die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährdet würde,

2. wenn die Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,

3. wenn sie grob unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Anstaltsverhältnissen enthalten,

4. wenn sie grobe Beleidigungen enthalten,

5. wenn sie die Eingliederung eines anderen Gefangenen gefährden können oder

6. wenn sie in Geheimschrift, unlesbar, unverständlich oder ohne zwingenden Grund in einer fremden Sprache abgefaßt sind.

(2) Ausgehenden Schreiben, die unrichtige Darstellungen enthalten, kann ein Begleitschreiben beigelegt werden, wenn der Gefangene auf der Absendung besteht.

(3) Ist ein Schreiben angehalten worden, wird das dem Gefangenen mitgeteilt. Angehaltene Schreiben werden an den Absender zurückgegeben oder, sofern dies unmöglich oder aus besonderen Gründen untunlich ist, behördlich verwahrt.

(4) Schreiben, deren Überwachung nach § 29 Abs. 1 und 2 ausgeschlossen ist, dürfen nicht angehalten werden.

§ 32

Ferngespräche und Telegramme

Dem Gefangenen kann gestattet werden, Ferngespräche zu führen oder Telegramme aufzugeben. Im übrigen gelten für Ferngespräche die Vorschriften über den Besuch und für Telegramme die Vorschriften über den Schriftwechsel entsprechend.

§ 33

Pakete

(1) Der Gefangene darf dreimal jährlich in angemessenen Abständen ein Paket mit Nahrungs- und Genussmitteln empfangen. Die Vollzugsbehörde kann Zeitpunkt und Höchstmengen für die Sendung und für einzelne Gegenstände festsetzen. Der Empfang weiterer Pakete oder solcher mit anderem Inhalt bedarf ihrer Erlaubnis. Für den Ausschluß von Gegenständen gilt § 22 Abs. 2 entsprechend.

(2) Pakete sind in Gegenwart des Gefangenen zu öffnen. Ausgeschlossene Gegenstände können zu seiner Habe genommen oder dem Absender zurückgesandt werden. Nicht ausgehändigte Gegenstände, durch die bei der Versendung oder Aufbewahrung Personen verletzt oder Sachschaden verursacht werden können, dürfen vernichtet werden. Die hiernach getroffenen Maßnahmen werden dem Gefangenen eröffnet.

(3) Der Empfang von Paketen kann vorübergehend versagt werden, wenn dies wegen Gefährdung der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt unerlässlich ist.

(4) Dem Gefangenen kann gestattet werden, Pakete zu versenden. Die Vollzugsbehörde kann ihren Inhalt aus Gründen der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt überprüfen.

§ 34

Verwertung von Kenntnissen

(1) Kenntnisse aus der Überwachung der Besuche oder des Schriftwechsels dürfen nur verwertet werden,

1. soweit dies notwendig ist, um die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt zu wahren oder Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen oder
2. soweit dies aus Gründen der Behandlung geboten ist; der Gefangene soll gehört werden.

(2) Die Kenntnisse dürfen nur den zuständigen Vollzugsbediensteten sowie den zuständigen Gerichten und den Behörden mitgeteilt werden, die zuständig sind, Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen.

§ 35

Urlaub, Ausgang und Ausführung aus wichtigem Anlaß

(1) Aus wichtigem Anlaß kann der Anstaltsleiter dem Gefangenen Ausgang gewähren oder ihn bis zu sieben Tagen beurlauben; der Urlaub aus anderem wichtigen Anlaß als wegen einer lebensgefährlichen Erkrankung oder wegen des Todes eines Angehörigen darf sieben Tage im Jahr nicht übersteigen. § 11 Abs. 2, § 13 Abs. 5 und § 14 gelten entsprechend.

(2) Der Urlaub nach Absatz 1 wird nicht auf den regelmäßigen Urlaub angerechnet.

(3) Kann Ausgang oder Urlaub aus den in § 11 Abs. 2 genannten Gründen nicht gewährt werden, kann der Anstaltsleiter den Gefangenen ausführen lassen. Die Aufwendungen hierfür hat der Gefangene zu tragen. Der Anspruch ist nicht geltend zu machen, wenn dies die Behandlung oder die Eingliederung behindern würde.

§ 36

Gerichtliche Termine

(1) Der Anstaltsleiter kann einem Gefangenen zur Teilnahme an einem gerichtlichen Termin Ausgang oder Urlaub erteilen, wenn anzunehmen ist, daß er der Ladung folgt und keine Entweichungs- oder Mißbrauchsgefahr (§ 1, Abs. 2) besteht. § 13 Abs. 5 und § 14 gelten entsprechend.

(2) Wenn ein Gefangener einem gerichtlichen Termin gewährt ist und Ausgang oder Urlaub nicht gewährt wird, so kann er nicht über ihn mit seiner Zustimmung zu dem Termin erfahren, sofern wegen Erwartung oder Lebensgefahr (§ 11 Abs. 2) oder aus anderen Gründen entgegenstehende Gründe vorliegen. Der Gefangene ist über die Gründe des Gerichts in Kenntnis zu setzen. Der Vorfall anzuführen, obliegt dem Gericht.

(3) Die Vollzugsbehörde unterrichtet das Gericht über das Veranlaßte.

Fünfter Titel

Arbeit, Ausbildung und Weiterbildung

§ 37

Zuweisung

(1) Arbeit, arbeitstherapeutische Beschäftigung, Ausbildung und Weiterbildung dienen insbesondere dem Ziel, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern.

(2) Die Vollzugsbehörde soll dem Gefangenen wirtschaftlich ergiebige Arbeit zuweisen und dabei seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen berücksichtigen.

(3) Geeigneten Gefangenen soll Gelegenheit zur Berufsausbildung, beruflichen Fortbildung, Umschulung oder Teilnahme an anderen ausbildenden oder weiterbildenden Maßnahmen gegeben werden.

(4) Kann einem arbeitsfähigen Gefangenen keine wirtschaftlich ergiebige Arbeit oder die Teilnahme an Maßnahmen nach Absatz 3 zugewiesen werden, wird ihm eine angemessene Beschäftigung zugeteilt.

(5) Ist ein Gefangener zu wirtschaftlich ergiebiger Arbeit nicht fähig, soll er arbeitstherapeutisch beschäftigt werden.

§ 38

Unterricht

(1) Für geeignete Gefangene, die den Abschluß der Hauptschule nicht erreicht haben, soll Unterricht in den zum Hauptschulabschluß führenden Fächern oder in der Sonderschule entsprechender Unterricht vorgesehen werden. Bei der beruflichen Ausbildung oder Umschulung ist berufsbildender Unterricht vorzusehen; dies gilt auch für die berufliche Fortbildung, soweit die Art der Maßnahme es erfordert.

(2) Unterricht soll während der Arbeitszeit stattfinden.

§ 39

Freies Beschäftigungsverhältnis, Selbstbeschäftigung

(1) Dem Gefangenen soll gestattet werden, einer Arbeit, Berufsausbildung, beruflichen Fortbildung oder Umschulung auf der Grundlage eines freien Beschäftigungsverhältnisses außerhalb der Anstalt nachzugehen, wenn dies im Rahmen des Vollzugsplanes dem Ziel dient, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern und nicht überwiegende Gründe des Vollzugs entgegenstehen. § 11 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 und § 14 bleiben unberührt.

(2) Dem Gefangenen kann gestattet werden, sich selbst zu beschäftigen.

(3) Die Vollzugsbehörde kann verlangen, daß ihr das Entgelt zur Gutschrift für den Gefangenen überwiesen wird.

§ 40

Abschlußzeugnis

Aus dem Abschlußzeugnis über eine ausbildende oder weiterbildende Maßnahme darf die Gefangenschaft eines Teilnehmers nicht erkennbar sein.

§ 41

Arbeitspflicht

(1) Der Gefangene ist verpflichtet, eine ihm zugewiesene, seinen körperlichen Fähigkeiten angemessene Arbeit, arbeitstherapeutische oder sonstige Beschäftigung auszuüben, zu deren Verrichtung er auf Grund seines körperlichen Zustandes in der Lage ist. Er kann jährlich bis zu drei Monaten zu Hilfstätigkeiten in der Anstalt verpflichtet werden, mit seiner Zustimmung auch darüber hinaus. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Gefangene, die über 65 Jahre alt sind, und nicht für werdende und stillende Mütter, soweit gesetzliche Beschäftigungsverbote zum Schutze erwerbstätiger Mütter bestehen.

(2) Die Teilnahme an einer Maßnahme nach § 37 Abs. 3 bedarf der Zustimmung des Gefangenen. Die Zustimmung darf nicht zur Unzeit widerrufen werden.

(3) Die Beschäftigung in einem von privaten Unternehmen unterhaltenen Betriebe (§ 149 Abs. 4) bedarf der Zustimmung des Gefangenen. Der Widerruf der Zustimmung wird erst wirksam, wenn der Arbeitsplatz von einem anderen Gefangenen eingenommen werden kann, spätestens nach sechs Wochen.

§ 42

Freistellung von der Arbeitspflicht

(1) Hat der Gefangene ein Jahr lang zugewiesene Tätigkeit nach § 37 oder Hilfstätigkeiten nach § 41 Abs. 1 Satz 2 ausgeübt, so kann er beanspruchen, achtzehn Werktage von der Arbeitspflicht freigestellt zu werden. Zeiten, in denen der Gefangene infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert war, werden auf das Jahr bis zu sechs Wochen jährlich angerechnet.

(2) Auf die Zeit der Freistellung wird Urlaub aus der Haft (§§ 13, 35) angerechnet, soweit er in die Arbeitszeit fällt und nicht wegen einer lebensgefährlichen Erkrankung oder des Todes eines Angehörigen erteilt worden ist.

(3) Der Gefangene erhält für die Zeit der Freistellung seine zuletzt gezahlten Bezüge weiter.

(4) Urlaubsregelungen der Beschäftigungsverhältnisse außerhalb des Strafvollzuges bleiben unberührt.

§ 43

Arbeitsentgelt

(1) Übt der Gefangene eine zugewiesene Arbeit, sonstige Beschäftigung oder eine Hilfstätigkeit nach § 41 Abs. 1 Satz 2 aus, so erhält er ein Arbeitsentgelt. Der Bemessung des Arbeitsentgelts ist der in § 200 bestimmte Satz des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten ohne Auszubildende des vorvergangenen Kalenderjahres zugrunde zu legen (Eckvergütung). Ein Tagessatz ist der zweihundertfünfzigste Teil der Eckvergütung; das Arbeitsentgelt kann nach einem Stundensatz bemessen werden.

(2) Das Arbeitsentgelt kann je nach der Leistung des Gefangenen und der Art der Arbeit gestuft wer-

den. 75 vom Hundert der Eckvergütung dürfen nur dann unterschritten werden, wenn die Arbeitsleistungen des Gefangenen den Mindestanforderungen nicht genügen.

(3) Übt ein Gefangener zugewiesene arbeitstherapeutische Beschäftigung aus, erhält er ein Arbeitsentgelt, soweit dies der Art seiner Beschäftigung und seiner Arbeitsleistung entspricht.

(4) Das Arbeitsentgelt ist dem Gefangenen schriftlich bekanntzugeben.

§ 44

Ausbildungsbeihilfe

(1) Nimmt der Gefangene an einer Berufsausbildung, Umschulung, beruflichen Fortbildung oder an einem Unterricht teil und ist er zu diesem Zweck von seiner Arbeitspflicht freigestellt, so erhält er eine Ausbildungsbeihilfe, soweit ihm keine Leistungen zum Lebensunterhalt zustehen, die freien Personen aus solchem Anlaß gewährt werden. Der Nachrang der Sozialhilfe nach § 2 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes wird nicht berührt.

(2) Für die Bemessung der Ausbildungsbeihilfe gilt § 43 Abs. 1 und 2 entsprechend.

(3) Nimmt der Gefangene während der Arbeitszeit stunden- oder tageweise am Unterricht oder an anderen zugewiesenen Maßnahmen gemäß § 37 Abs. 3 teil, so erhält er in Höhe des ihm dadurch entgehenden Arbeitsentgelts eine Ausbildungsbeihilfe.

§ 45

Ausfallentschädigung

(1) Kann einem arbeitsfähigen Gefangenen aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, länger als eine Woche eine Arbeit oder Beschäftigung im Sinne des § 37 Abs. 4 nicht zugewiesen werden, erhält er eine Ausfallentschädigung.

(2) Wird ein Gefangener nach Beginn der Arbeit oder Beschäftigung infolge Krankheit länger als eine Woche an seiner Arbeitsleistung verhindert ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so erhält er ebenfalls eine Ausfallentschädigung. Gleiches gilt für Gefangene, die eine Ausbildungsbeihilfe nach § 44 oder Ausfallentschädigung nach Absatz 1 bezogen haben.

(3) Werdende Mütter, die eine Arbeit oder Beschäftigung im Sinne des § 37 nicht verrichten, erhalten Ausfallentschädigung in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung und bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten bis zu zwölf Wochen nach der Entbindung.

(4) Die Ausfallentschädigung darf 65 vom Hundert der Eckvergütung nach § 43 Abs. 1 nur dann unterschreiten, wenn der Gefangene das Mindestentgelt des § 43 Abs. 2 vor der Arbeitslosigkeit oder Krankheit nicht erreicht hat.

(5) Ausfallentschädigung wird unbeschadet der Regelung nach Absatz 3 insgesamt bis zur Höchstdauer von sechs Wochen jährlich gewährt. Eine

weitere Ausfallentschädigung wird erst gewährt, wenn der Gefangene erneut wenigstens ein Jahr Arbeitsentgelt oder Ausbildungsbeihilfe bezogen hat.

(6) Soweit der Gefangene nach § 566 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung Übergangsgeld erhält, ruht der Anspruch auf Ausfallentschädigung.

§ 46

Taschengeld

Wenn ein Gefangener wegen Alters oder Gebrechlichkeit nicht mehr arbeitet oder ihm eine Ausfallentschädigung nicht oder nicht mehr gewährt wird, erhält er ein angemessenes Taschengeld, falls er bedürftig ist. Gleiches gilt für Gefangene, die für eine Beschäftigung nach § 37 Abs. 5 kein Arbeitsentgelt erhalten.

§ 47

Hausgeld

(1) Der Gefangene darf von seinen in diesem Gesetz geregelten Bezügen mindestens dreißig Deutsche Mark monatlich (Hausgeld) und das Taschengeld (§ 46) für den Einkauf (§ 22 Abs. 1) oder anderweit verwenden.

(2) Der Mindestbetrag des Hausgeldes erhöht sich um jeweils zehn vom Hundert der dreihundert Deutsche Mark übersteigenden monatlichen Bezüge. Die Vollzugsbehörde kann höhere Beträge von der Höhe des Überbrückungsgeldes abhängig machen.

(3) Für Gefangene, die in einem freien Beschäftigungsverhältnis stehen (§ 39 Abs. 1) oder denen gestattet ist, sich selbst zu beschäftigen (§ 39 Abs. 2), wird aus ihren Bezügen ein angemessenes Hausgeld festgesetzt.

§ 48

Rechtsverordnung

Der Bundesminister der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates zur Durchführung der §§ 43 bis 45 Rechtsverordnungen über die Vergütungsstufen zu erlassen.

§ 49

Unterhaltsbeitrag

(1) Auf Antrag des Gefangenen ist zur Erfüllung einer gestellten Unterhaltspflicht aus seinen Bezügen an den Berechtigten oder einen Dritten ein Unterhaltsbeitrag zu zahlen.

(2) Reichen die Einkünfte des Gefangenen nach Abzug des Hausgeldes und des Unterhaltsbeitrages nicht aus, um den Unterhaltsbeitrag zu begleichen, so ist der Unterhaltsbeitrag nur bis zur Höhe des nach § 81 der Zivilprozeßordnung unpfändbaren Betrages gezahlt. Bei der Bemessung des nach Satz 1 maßgeblichen Betrages wird die Zahl der unterhaltsberechtigten Personen um eine vermindert.

§ 50

Haftkostenbeitrag

(1) Von den in diesem Gesetz geregelten Bezügen und von den Bezügen der Gefangenen, die in einem freien Beschäftigungsverhältnis stehen (§ 39 Abs. 1), darf ein Haftkostenbeitrag in Höhe des Betrages einbehalten werden, der nach § 160 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung durchschnittlich zur Bewertung der Sachbezüge festgesetzt ist. Der Bundesminister der Justiz stellt den Durchschnittsbetrag für jedes Kalenderjahr nach dem am 1. Oktober des vorhergehenden Jahres geltenden Bewertungen der Sachbezüge fest und macht ihn im Bundesanzeiger bekannt. Der Haftkostenbeitrag darf auch von dem unpfändbaren Teil der Bezüge, jedoch nicht zu Lasten des Hausgeldes oder des Unterhaltsbeitrages angesetzt werden.

(2) Die Selbstbeschäftigung (§ 39 Abs. 2) kann davon abhängig gemacht werden, daß der Gefangene den Haftkostenbeitrag monatlich im voraus entrichtet.

§ 51

Überbrückungsgeld

(1) Aus den in diesem Gesetz geregelten Bezügen und aus den Bezügen der Gefangenen, die in einem freien Beschäftigungsverhältnis stehen (§ 39 Abs. 1) oder denen gestattet ist, sich selbst zu beschäftigen (§ 39 Abs. 2), ist ein Überbrückungsgeld zu bilden, das den notwendigen Lebensunterhalt des Gefangenen und seiner Unterhaltsberechtigten für die ersten vier Wochen nach seiner Entlassung sichern soll.

(2) Das Überbrückungsgeld wird dem Gefangenen bei der Entlassung in die Freiheit ausgezahlt. Die Vollzugsbehörde kann es auch ganz oder zum Teil dem Bewährungshelfer oder einer mit der Entlassenenbetreuung befaßten Stelle überweisen, die darüber entscheiden, wie das Geld innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entlassung an den Gefangenen ausgezahlt wird. Der Bewährungshelfer und die mit der Entlassenenbetreuung befaßte Stelle sind verpflichtet, das Überbrückungsgeld von ihrem Vermögen gesondert zu halten. Mit Zustimmung des Gefangenen kann das Überbrückungsgeld auch dem Unterhaltsberechtigten überwiesen werden.

(3) Der Anstaltsleiter kann gestatten, daß das Überbrückungsgeld für Ausgaben in Anspruch genommen wird, die der Eingliederung des Gefangenen dienen.

(4) Der Anspruch auf Auszahlung des Überbrückungsgeldes ist unpfändbar. Erreicht es nicht die in Absatz 1 bestimmte Höhe, so ist in Höhe des Unterschiedsbetrages auch der Anspruch auf Auszahlung des Eigengeldes unpfändbar. Bargeld des entlassenen Gefangenen, an den wegen der nach Satz 1 oder Satz 2 unpfändbaren Ansprüche Geld ausgezahlt worden ist, ist für die Dauer von vier Wochen seit der Entlassung insoweit der Pfändung nicht unter-

worfen, als er dem Teil der Ansprüche für die Zeit von der Pfändung bis zum Ablauf der vier Wochen entspricht.

(5) Absatz 4 gilt nicht bei einer Pfändung wegen der in § 850 d Abs. 1 Satz 1 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Unterhaltsansprüche. Dem entlassenen Gefangenen ist jedoch so viel zu belassen, als er für seinen notwendigen Unterhalt und zur Erfüllung seiner sonstigen gesetzlichen Unterhaltspflichten für die Zeit von der Pfändung bis zum Ablauf von vier Wochen seit der Entlassung bedarf.

§ 52

Eigengeld

Bezüge des Gefangenen, die nicht als Hausgeld, Haftkostenbeitrag, Unterhaltsbeitrag oder Überbrückungsgeld in Anspruch genommen werden, sind dem Gefangenen zum Eigengeld gutzuschreiben.

Sechster Titel Religionsausübung

§ 53

Seelsorger

(1) Dem Gefangenen darf religiöse Betreuung durch einen Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft nicht versagt werden. Auf seinen Wunsch ist ihm zu helfen, mit einem Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.

(2) Der Gefangene darf grundlegende religiöse Schriften besitzen. Sie dürfen ihm nur bei grobem Mißbrauch entzogen werden.

(3) Dem Gefangenen sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfang zu belassen.

§ 54

Religiöse Veranstaltungen

(1) Der Gefangene hat das Recht, am Gottesdienst und an anderen religiösen Veranstaltungen seines Bekenntnisses teilzunehmen.

(2) Zu dem Gottesdienst oder zu religiösen Veranstaltungen einer anderen Religionsgemeinschaft wird der Gefangene zugelassen, wenn deren Seelsorger zustimmt.

Der Gefangene kann von der Teilnahme am Gottesdienst oder an anderen religiösen Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn dies aus überwiegenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung geboten ist. Der Seelsorger soll vorher gehört werden.

§ 55

Weltanschauungsgemeinschaften

Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die §§ 53 und 54 entsprechend.

Siebter Titel Gesundheitsfürsorge

§ 56

Allgemeine Regeln

(1) Für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen ist zu sorgen. § 101 bleibt unberührt.

(2) Der Gefangene hat die notwendigen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene zu unterstützen.

§ 57

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Gefangenen haben zur Sicherung der Gesundheit Anspruch auf folgende Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

1. Frauen von Beginn des dreißigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
2. Männer von Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. Frauen für ihre Kinder, die mit ihnen in der Vollzugsanstalt untergebracht sind, bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes im besonderen Maße gefährden.

§ 58

Krankenpflege

Der Gefangene erhält Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an; sie umfaßt insbesondere

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen,
3. Körpersersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel,
4. Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen oder Übernahme der gesamten Kosten,
5. Belastungserprobung und Arbeitstherapie, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen.

§ 59

Art und Umfang der Leistungen

Für die Art der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie für den Umfang der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Krankenpflege gelten die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und die auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen.

§ 60

Krankenpflege im Urlaub

Während eines Urlaubs oder Ausganges hat der Gefangene gegen die Vollzugsbehörde nur einen Anspruch auf ärztliche Behandlung und Pflege in der für ihn zuständigen Vollzugsanstalt.

§ 61

Ausstattung mit Hilfsmitteln

Der Gefangene hat Anspruch auf Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen, sofern dies nicht mit Rücksicht auf die Kürze des Freiheitsentzuges unge rechtfertigt ist. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen.

§ 62

Zuschüsse zu Zahnersatz und Zahnkronen

Die Landesjustizverwaltungen bestimmen durch allgemeine Verwaltungsvorschriften die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Sie können bestimmen, daß die gesamten Kosten übernommen werden.

§ 63

Ärztliche Behandlung zur sozialen Eingliederung

Mit Zustimmung des Gefangenen soll die Vollzugsbehörde ärztliche Behandlung, namentlich Operationen oder prothetische Maßnahmen durchführen lassen, die seine soziale Eingliederung fördern. Er ist an den Kosten zu beteiligen, wenn dies nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen gerechtfertigt ist und der Zweck der Behandlung dadurch nicht in Frage gestellt wird.

§ 64

Aufenthalt im Freien

Arbeitet ein Gefangener nicht im Freien, so wird ihm täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien ermöglicht, wenn die Witterung dies zu der festgesetzten Zeit zuläßt.

§ 65

Verlegung

(1) Ein kranker Gefangener kann in ein Anstaltskrankenhaus oder in eine für seine Pflege besser geeignete Vollzugsanstalt verlegt werden.

(2) Kann die Krankheit eines Gefangenen in einer Vollzugsanstalt oder einem Anstaltskrankenhaus nicht erkannt oder behandelt werden oder ist es nicht möglich, den Gefangenen rechtzeitig in ein Anstaltskrankenhaus zu verlegen, ist dieser in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzuges zu bringen. Ist während des Aufenthaltes des Gefangenen in einem Krankenhaus die Vollstreckung unterbrochen worden, hat der Verlegte nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf die erforderlichen Leistungen.

§ 66

Benachrichtigung bei Erkrankung oder Todesfall

(1) Wird ein Gefangener schwer krank, so ist ein Angehöriger, eine Person seines Vertrauens oder

der gesetzliche Vertreter unverzüglich zu benachrichtigen. Dasselbe gilt, wenn ein Gefangener stirbt.

(2) Dem Wunsche des Gefangenen, auch andere Personen zu benachrichtigen, soll nach Möglichkeit entsprochen werden.

Achter Titel

Freizeit

§ 67

Allgemeines

Der Gefangene erhält Gelegenheit, sich in seiner Freizeit zu beschäftigen. Er soll Gelegenheit erhalten, am Unterricht einschließlich Sport, an Fernunterricht, Lehrgängen und sonstigen Veranstaltungen der Weiterbildung, an Freizeitgruppen, Gruppengesprächen sowie an Sportveranstaltungen teilzunehmen und eine Bücherei zu benutzen.

§ 68

Zeitungen und Zeitschriften

(1) Der Gefangene darf Zeitungen und Zeitschriften in angemessenem Umfang durch Vermittlung der Anstalt beziehen.

(2) Ausgeschlossen sind Zeitungen und Zeitschriften, deren Verbreitung mit Strafe oder Geldbuße bedroht ist. Einzelne Ausgaben oder Teile von Zeitungen oder Zeitschriften können dem Gefangenen vorbehalten werden, wenn sie das Ziel des Vollzuges oder die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt erheblich gefährden würden.

§ 69

Hörfunk und Fernsehen

(1) Der Gefangene kann am Hörfunkprogramm der Anstalt sowie am gemeinschaftlichen Fernsehempfang teilnehmen. Die Sendungen sind so auszuwählen, daß Wünsche und Bedürfnisse nach staatsbürgerlicher Information, Bildung und Unterhaltung angemessen berücksichtigt werden. Der Hörfunk- und Fernsehempfang kann vorübergehend ausgesetzt oder einzelnen Gefangenen untersagt werden, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt unerlässlich ist.

(2) Eigene Hörfunkgeräte werden unter den Voraussetzungen des § 70, eigene Fernsehgeräte nur in begründeten Ausnahmefällen zugelassen.

§ 70

Besitz von Gegenständen für die Freizeitbeschäftigung

(1) Der Gefangene darf in angemessenem Umfang Bücher und andere Gegenstände zur Fortbildung oder zur Freizeitbeschäftigung besitzen.

(2) Dies gilt nicht, wenn der Besitz, die Überlassung oder die Benutzung des Gegenstands

1. mit Strafe oder Geldbuße bedroht wäre oder
2. das Ziel des Vollzuges oder die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt gefährden würde.

(3) Die Erlaubnis kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 widerrufen werden.

Neunter Titel Soziale Hilfe

§ 71 Grundsatz

Der Gefangene kann die soziale Hilfe der Anstalt in Anspruch nehmen, um seine persönlichen Schwierigkeiten zu lösen. Die Hilfe soll darauf gerichtet sein, den Gefangenen in die Lage zu versetzen, seine Angelegenheiten selbst zu ordnen und zu regeln.

§ 72 Hilfe bei der Aufnahme

(1) Bei der Aufnahme wird dem Gefangenen geholfen, die notwendigen Maßnahmen für hilfsbedürftige Angehörige zu veranlassen und seine Habe außerhalb der Anstalt sicherzustellen.

(2) Der Gefangene ist über die Aufrechterhaltung einer Sozialversicherung zu beraten.

§ 73 Hilfe während des Vollzuges

Der Gefangene wird in dem Bemühen unterstützt, seine Rechte und Pflichten wahrzunehmen, namentlich sein Wahlrecht auszuüben sowie für Unterhaltsberechtigte zu sorgen und einen durch seine Straftat verursachten Schaden zu regeln.

§ 74 Hilfe zur Entlassung

Um die Entlassung vorzubereiten, ist der Gefangene bei der Ordnung seiner persönlichen wirtschaftlichen Angelegenheiten zu beraten. Die Beratung erstreckt sich auch auf die Benennung der für Sozialleistungen zuständigen Stellen. Dem Gefangenen ist zu helfen, Arbeit, Unterkunft und persönlichen Bestand für die Zeit nach der Entlassung zu finden.

§ 75 Entlassungsbeihilfe

Der Gefangene erhält soweit seine eigenen Mittel nicht ausreichen, von der Anstalt eine Beihilfe zur Entlassung sowie eine Überbrückungshilfe für den ersten Aufenthalt als freibewilligter Haftling.

Die Beihilfe wird in der Höhe festgesetzt, die dem Gefangenen nach der Entlassung zur Deckung der Lebensbedürfnisse erforderlich ist. Die Überbrückungshilfe kann ganz oder teilweise auch dem Unterhaltsberechtigten überwiesen werden.

(3) Der Anspruch auf Beihilfe zu den Reisekosten und die ausgezahlte Reisebeihilfe sind unpfändbar. Für den Anspruch auf Überbrückungshilfe und für Bargeld nach Auszahlung einer Überbrückungshilfe an den Gefangenen gilt § 51 Abs. 4 Satz 1 und 3, Abs. 5 entsprechend.

Zehnter Titel Besondere Vorschriften für den Frauenstrafvollzug

§ 76 Mutterschaftshilfe

(1) Bei einer Schwangeren oder einer Gefangenen, die unlangst entbunden hat, ist auf ihren Zustand Rücksicht zu nehmen. Die Vorschriften des Gesetzes zum Schutze der erwerbstätigen Mutter über die Gestaltung des Arbeitsplatzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Die Gefangene hat während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und auf Hebammenhilfe in der Vollzugsanstalt. Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehören insbesondere Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft sowie Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchungen.

(3) Zur Entbindung ist die Schwangere in ein Krankenhaus außerhalb des Vollzuges zu bringen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht angezeigt, so ist die Entbindung in einer Vollzugsanstalt mit Entbindungsabteilung vorzunehmen. Bei der Entbindung wird Hilfe durch eine Hebamme und, falls erforderlich, durch einen Arzt gewährt.

§ 77 Arznei-, Verband- und Heilmittel

Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung werden Arznei-, Verband- und Heilmittel geleistet.

§ 78 Art und Umfang der Mutterschaftshilfe

Die §§ 59, 60 und 65 gelten für die Leistungen der Mutterschaftshilfe entsprechend.

§ 79 Geburtsanzeige

In der Anzeige der Geburt an den Standesbeamten dürfen die Anstalt als Geburtsstätte des Kindes, das Verhältnis des Anzeigenden zur Anstalt und die Geburtszeit der Mutter nicht vermerkt sein.

§ 80 Mütter mit Kindern

(1) Ist das Kind einer Gefangenen noch nicht schulpflichtig, so kann es mit Zustimmung des Inhabers des Aufenthaltsbestimmungsrechts in der Vollzugsanstalt untergebracht werden, in der sich seine

futter befindet, wenn dies seinem Wohle entspricht. Vor der Unterbringung ist das Jugendamt zu hören.

(2) Die Unterbringung erfolgt auf Kosten des für das Kind Unterhaltspflichtigen. Von der Geltendmachung des Kostenersatzanspruchs kann abgesehen werden, wenn hierdurch die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind gefährdet würde.

Elfter Titel

Sicherheit und Ordnung

§ 81

Grundsatz

(1) Das Verantwortungsbewußtsein des Gefangenen für ein geordnetes Zusammenleben in der Anstalt ist zu wecken und zu fördern.

(2) Die Pflichten und Beschränkungen, die dem Gefangenen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung der Anstalt auferlegt werden, sind so zu wählen, daß sie in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Zweck stehen und den Gefangenen nicht mehr und nicht länger als notwendig beeinträchtigen.

§ 82

Verhaltensvorschriften

(1) Der Gefangene hat sich nach der Tageseinteilung der Anstalt (Arbeitszeit, Freizeit, Ruhezeit) zu richten. Er darf durch sein Verhalten gegenüber Vollzugsbediensteten, Mitgefangenen und anderen Personen das geordnete Zusammenleben nicht stören.

(2) Der Gefangene hat die Anordnungen der Vollzugsbediensteten zu befolgen, auch wenn er sich durch sie beschwert fühlt. Einen ihm zugewiesenen Bereich darf er nicht ohne Erlaubnis verlassen.

(3) Seinen Haftraum und die ihm von der Anstalt anvertrauten Sachen hat er in Ordnung zu halten und schonend zu behandeln.

(4) Der Gefangene hat Umstände, die eine Gefahr für das Leben oder eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit einer Person bedeuten, unverzüglich zu melden.

§ 83

Persönlicher Gewahrsam. Eigengeld

Der Gefangene darf nur Sachen in Gewahrsam nehmen oder annehmen, die ihm von der Vollzugsbehörde oder mit ihrer Zustimmung überlassen werden. Ohne Zustimmung darf er Sachen von geringem Wert von anderen Gefangenen annehmen. Die Vollzugsbehörde kann Annahme und Gebrauch von Sachen von ihrer Zustimmung abhängig machen.

Eingebrachte Sachen, die der Gefangene nicht in Gewahrsam haben darf, sind für ihn aufzubewahren, sofern dies nach Art und Umfang möglich ist. Ihm wird als Eigengeld gutgeschrieben. Dem

Gefangenen wird Gelegenheit gegeben, seine Sachen, die er während des Vollzuges und für seine Entlassung nicht benötigt, abzusenden oder über sein Eigengeld zu verfügen, soweit dieses nicht als Überbrückungsgeld notwendig ist.

(3) Weigert sich ein Gefangener, eingebrachtes Gut, dessen Aufbewahrung nach Art und Umfang nicht möglich ist, aus der Anstalt zu verbringen, so ist die Vollzugsbehörde berechtigt, diese Gegenstände auf Kosten des Gefangenen aus der Anstalt entfernen zu lassen.

(4) Aufzeichnungen und andere Gegenstände, die Kenntnisse über Sicherungsvorkehrungen der Anstalt vermitteln, dürfen von der Vollzugsbehörde vernichtet oder unbrauchbar gemacht werden.

§ 84

Durchsuchung

(1) Der Gefangene, seine Sachen und die Hafträume dürfen durchsucht werden. Bei der Durchsuchung männlicher Gefangener dürfen nur Männer, bei der Durchsuchung weiblicher Gefangener nur Frauen anwesend sein. Das Schamgefühl ist zu schonen.

(2) Nur bei Gefahr im Verzuge oder auf Anordnung des Anstaltsleiters im Einzelfall ist es zulässig, eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung vorzunehmen. Sie muß in einem geschlossenen Raum durchgeführt werden. Andere Gefangene dürfen nicht anwesend sein.

(3) Der Anstaltsleiter kann allgemein anordnen, daß Gefangene bei der Aufnahme nach Absatz 2 und nach jeder Abwesenheit von der Anstalt zu durchsuchen sind.

§ 85

Sichere Unterbringung

Ein Gefangener kann in eine Anstalt verlegt werden, die zu seiner sicheren Unterbringung besser geeignet ist, wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr gegeben ist oder sonst sein Verhalten oder sein Zustand eine Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung der Anstalt darstellt.

§ 86

Erkennungsdienstliche Maßnahmen

(1) Zur Sicherung des Vollzuges sind als erkennungsdienstliche Maßnahmen zulässig

1. die Abnahme von Finger- und Handflächenabdrücken,
2. die Aufnahme von Lichtbildern,
3. die Feststellung äußerlicher körperlicher Merkmale,
4. Messungen.

(2) Die gewonnenen erkennungsdienstlichen Unterlagen werden zu den Gefangenepersonaldaten genommen. Sie können auch in kriminalpolizeilichen Sammlungen verwahrt werden.

(3) Personen, die auf Grund des Absatzes 1 erkennungsdienstlich behandelt worden sind, können nach der Entlassung aus dem Vollzug verlangen, daß die gewonnenen erkennungsdienstlichen Unterlagen vernichtet werden, sobald die Vollstreckung der richterlichen Entscheidung, die dem Vollzug zugrunde gelegen hat, abgeschlossen ist. Sie sind über dieses Recht spätestens bei der Entlassung zu belehren.

§ 87

Festnahmerecht

Ein Gefangener, der entwichen ist oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Anstalt aufhält, kann durch die Vollzugsbehörde oder auf ihre Veranlassung hin festgenommen und in die Anstalt zurückgebracht werden.

§ 88

Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Gegen einen Gefangenen können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn nach seinem Verhalten oder auf Grund seines seelischen Zustandes in erhöhtem Maße Fluchtgefahr oder die Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder die Gefahr des Selbstmordes oder der Selbstverletzung besteht.

(2) Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind zulässig:

1. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
2. die Beobachtung bei Nacht,
3. die Absonderung von anderen Gefangenen,
4. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
5. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Haftraum ohne gefährdende Gegenstände und
6. die Fesselung.

(3) Maßnahmen nach Absatz 2 Nr. 1, 3 bis 5 sind auch zulässig, wenn die Gefahr einer Befreiung oder eine erhebliche Störung der Anstaltsordnung anders nicht vermieden oder behoben werden kann.

(4) Bei einer Ausführung, Vorführung oder beim Transport ist die Fesselung auch dann zulässig, wenn aus anderen Gründen als denen des Absatzes 1 in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht.

(5) Besondere Sicherungsmaßnahmen dürfen nur soweit aufrechterhalten werden, als es ihr Zweck erfordert.

§ 89

Einzelhaft

(1) Die unausgesetzte Absonderung eines Gefangenen (Einzelhaft) ist nur zulässig, wenn dies aus Gründen, die in der Person des Gefangenen liegen, unerläßlich ist.

(2) Einzelhaft von mehr als drei Monaten Gesamtdauer in einem Jahr bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Diese Frist wird nicht dadurch unterbrochen, daß der Gefangene am Gottesdienst oder an der Freistunde teilnimmt.

§ 90

Fesselung

In der Regel dürfen Fesseln nur an den Händen oder an den Füßen angelegt werden. Im Interesse des Gefangenen kann der Anstaltsleiter eine andere Art der Fesselung anordnen. Die Fesselung wird zeitweise gelockert, soweit dies notwendig ist.

§ 91

Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen ordnet der Anstaltsleiter an. Bei Gefahr im Verzuge können auch andere Bedienstete der Anstalt diese Maßnahmen vorläufig anordnen. Die Entscheidung des Anstaltsleiters ist unverzüglich einzuholen.

(2) Wird ein Gefangener ärztlich behandelt oder beobachtet oder bildet sein seelischer Zustand den Anlaß der Maßnahme, ist vorher der Arzt zu hören. Ist dies wegen Gefahr im Verzuge nicht möglich, wird seine Stellungnahme unverzüglich eingeholt.

§ 92

Ärztliche Überwachung

(1) Ist ein Gefangener in einem besonders gesicherten Haftraum untergebracht oder gefesselt (§ 88 Abs. 2 Nr. 5 und 6), so sucht ihn der Anstaltsarzt alsbald und in der Folge möglichst täglich auf. Dies gilt nicht bei einer Fesselung während einer Ausführung, Vorführung oder eines Transportes (§ 88 Abs. 4).

(2) Der Arzt ist regelmäßig zu hören, solange einem Gefangenen der tägliche Aufenthalt im Freien entzogen wird.

§ 93

Ersatz von Aufwendungen

(1) Der Gefangene ist verpflichtet, der Vollzugsbehörde Aufwendungen zu ersetzen, die er durch eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Selbstverletzung oder Verletzung eines anderen Gefangenen verursacht hat. Ansprüche aus sonstigen Rechtsverhältnissen bleiben unberührt.

(2) Bei der Geltendmachung dieser Forderungen kann auch der den Mindestbetrag übersteigende Teil des Hausgeldes (§ 47) in Anspruch genommen werden.

(3) Für die in Absatz 1 genannten Forderungen ist der ordentliche Rechtsweg gegeben.

(4) Von der Aufrechnung oder Vollstreckung wegen der in Absatz 1 genannten Forderungen ist abzusehen, wenn hierdurch die Behandlung des Gefangenen oder seine Eingliederung behindert würde.

§ 119

Entscheidung über die Rechtsbeschwerde

(1) Der Strafsenat entscheidet ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß.

(2) Seiner Prüfung unterliegen nur die Beschwerdeanträge und, soweit die Rechtsbeschwerde auf Mängel des Verfahrens gestützt wird, nur die Tatsachen, die in der Begründung der Rechtsbeschwerde bezeichnet worden sind.

(3) Der Beschluß, durch den die Beschwerde verworfen wird, bedarf keiner Begründung, wenn der Strafsenat die Beschwerde einstimmig für unzulässig oder für offensichtlich unbegründet erachtet.

(4) Soweit die Rechtsbeschwerde für begründet erachtet wird, ist die angefochtene Entscheidung aufzuheben. Der Strafsenat kann an Stelle der Strafvollstreckungskammer entscheiden, wenn die Sache spruchreif ist. Sonst ist die Sache zur neuen Entscheidung an die Strafvollstreckungskammer zurückzuverweisen.

(5) Die Entscheidung des Strafsenats ist endgültig.

§ 120

Entsprechende Anwendung anderer Vorschriften

(1) Soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt, sind die Vorschriften der Strafprozeßordnung entsprechend anzuwenden.

(2) Auf die Bewilligung des Armenrechts sind die Vorschriften der Zivilprozeßordnung entsprechend anzuwenden.

§ 121

Kosten des Verfahrens

(1) In der das Verfahren abschließenden Entscheidung ist zu bestimmen, von wem die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen zu tragen sind.

(2) Soweit der Antragsteller unterliegt oder seinen Antrag zurücknimmt, trägt er die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen. Hat sich die Maßnahme vor einer Entscheidung nach Absatz 1 in anderer Weise als durch Zurücknahme des Antrags erledigt, so entscheidet das Gericht über die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen nach billigem Ermessen.

(3) Absatz 2 Satz 2 gilt nicht im Falle des § 115 Abs. 3.

(4) Im übrigen gelten die §§ 464 bis 473 der Strafprozeßordnung entsprechend.

Fünfzehnter Titel**Strafvollstreckung und Untersuchungshaft**

§ 122

Wird Untersuchungshaft zum Zwecke der Strafvollstreckung unterbrochen oder wird gegen einen Strafgefangenen in anderer Sache Untersuchungshaft angeordnet, so unterliegt der Gefangene ab-

weichend von § 4 Abs. 2 auch denjenigen Beschränkungen seiner Freiheit, die der Zweck der Untersuchungshaft erfordert. Die notwendigen Maßnahmen ordnet der nach § 126 der Strafprozeßordnung zuständige Richter an. § 119 Abs. 6 Satz 2 und 3 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

Dritter Abschnitt**Besondere Vorschriften über den Vollzug der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung****Erster Titel****Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt**

§ 123

Ziel der Behandlung

Die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen der sozialtherapeutischen Anstalt sowie die nachgehende Betreuung durch Fachkräfte sollen den Untergebrachten befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen.

§ 124

Anwendung anderer Vorschriften

Für die Unterbringung in der sozialtherapeutischen Anstalt gelten die Vorschriften für den Vollzug der Freiheitsstrafe (§§ 2 bis 122) entsprechend, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist.

§ 125

Aufnahme auf freiwilliger Grundlage

(1) In die Anstalt kann ein früherer Untergebrachter auf seinen Antrag vorübergehend wieder aufgenommen werden, wenn das Ziel seiner Behandlung erneut gefährdet und ein Aufenthalt in der Anstalt aus diesem Grunde gerechtfertigt ist. Die Aufnahme ist jederzeit widerruflich.

(2) Gegen den Aufgenommenen dürfen Maßnahmen des Vollzuges nicht mit unmittelbarem Zwang durchgesetzt werden.

(3) Auf seinen Antrag ist der Aufgenommene unverzüglich zu entlassen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für frühere Strafgefangene, die nach ihrer Verlegung (§ 9) aus der sozialtherapeutischen Anstalt entlassen worden sind.

§ 126

Urlaub zur Vorbereitung der Entlassung

(1) Der Anstaltsleiter kann dem Untergebrachten oder einem nach § 9 in die sozialtherapeutische Anstalt verlegten Strafgefangenen zur Vorbereitung der Entlassung Sonderurlaub bis zu sechs Monaten erteilen.

(2) Dem Beurlaubten sollen für den Urlaub Weisungen erteilt werden. Er kann insbesondere angewiesen werden, sich der Betreuung einer Fachkraft der Anstalt oder einer von der Anstalt bestimmten Betreuungsperson zu unterstellen und in bestimmten Abständen für kurze Zeit in die Anstalt zurückzukehren.

(3) Der Anstaltsleiter widerruft den Urlaub, wenn sich in dieser Zeit wegen des Zustandes des Beurlaubten ergibt, daß sein erneuter Aufenthalt in der Anstalt für die Behandlung notwendig ist.

§ 127

Ausstattung

(1) Die Zahl der Fachkräfte für die sozialtherapeutische Anstalt ist so zu bemessen, daß auch eine nachgehende Betreuung der Untergebrachten gewährleistet ist.

(2) Den Anstalten sollen Heime für beurlaubte, adingl entlassene und andere ehemalige Untergebrachte angegliedert werden.

§ 128

Sozialtherapeutische Behandlung in Frauenanstalten

Die Unterbringung einer Frau in der sozialtherapeutischen Anstalt ist so zu bemessen, daß auch eine nachgehende Betreuung der Untergebrachten gewährleistet ist.

Zweiter Titel

Sicherungsverwahrung

§ 129

Ziel der Unterbringung

Der Sicherungsverwahrte wird zum Schutz der Allgemeinheit sicher untergebracht. Ihm soll geholfen werden, sich in das Leben in Freiheit einzugliedern.

§ 130

Anwendung anderer Vorschriften

Für die Sicherungsverwahrung gelten die Vorschriften über den Vollzug der Freiheitsstrafe (§§ 3 bis 122) entsprechend, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist.

§ 131

Ausstattung

Die Ausstattung der Sicherungsanstalten, namentlich der Hafträume, und besondere Maßnahmen zur Forderung und Betreuung sollen dem Untergebrachten helfen, sein Leben in der Anstalt sinnvoll zu gestalten, und ihn vor Schäden eines langen Freiheitsentzuges bewahren. Seinen persönlichen Bedürfnissen ist nach Möglichkeit Rechnung zu tragen.

§ 132

Kleidung

Der Untergebrachte darf eigene Kleidung, Wäsche und eigenes Bettzeug benutzen, wenn Gründe der Sicherheit nicht entgegenstehen und der Untergebrachte für Reinigung, Instandsetzung und regelmäßigen Wechsel auf eigene Kosten sorgt.

§ 133

Selbstbeschäftigung. Taschengeld

(1) Dem Untergebrachten wird gestattet, sich gegen Entgelt selbst zu beschäftigen, wenn dies dem Ziel dient, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern.

(2) Das Taschengeld (§ 46) darf dreißig Deutsche Mark im Monat nicht unterschreiten.

§ 134

Entlassungsvorbereitung

Um die Entlassung zu erproben und vorzubereiten, kann der Vollzug gelockert und Sonderurlaub bis zu einem Monat gewährt werden.

§ 135

Sicherungsverwahrung in Frauenanstalten

Die Sicherungsverwahrung einer Frau kann auch in einer für den Vollzug der Freiheitsstrafe bestimmten Frauenanstalt durchgeführt werden, wenn diese Anstalt für die Sicherungsverwahrung eingerichtet ist.

Dritter Titel

Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt

§ 136

Unterbringung

In einem psychiatrischen Krankenhaus

Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.

§ 137

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Ziel der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben.

§ 138

Anwendung anderer Vorschriften

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetzte nichts anderes bestimmen.

DDR GESETZE

Textausgabe mit Anmerkungen

Herausgegeben von Erika Lieser-Triebnigg

Begründet von Dietrich Müller-Römer

Verlag Wissenschaft und Politik

mit 7. Ergänzungslieferung

Stand: 1. Januar 1982

Gesetz**über den Vollzug der Strafen mit Freiheitsentzug**(Strafvollzugsgesetz)¹

vom 7. April 1977 (GBl. I S. 109)

Übersicht

Kapitel I	Grundsätze	(§§ 1-9)
Kapitel II	Gestaltung des Vollzuges	(§§ 10-19)
Kapitel III	Erziehung im Strafvollzug	(§§ 20-33)
Kapitel IV	Rechte und Pflichten der Strafgefangenen	(§§ 34-38)
Kapitel V	Besonderheiten des Vollzuges der Freiheitsstrafe an Jugendlichen	(§§ 39-41)
Kapitel VI	Unterbringung und Versorgung der Strafgefangenen	(§§ 42-48)
Kapitel VII	Aufschub, Unterbrechung, Aussetzung und Beendigung des Vollzuges der Strafen mit Freiheitsentzug	(§§ 49-57)
Kapitel VIII	Verantwortung für den Vollzug der Strafen mit Freiheitsentzug	(§§ 58-62)
Kapitel IX	Die staatsanwaltschaftliche Aufsicht	(§§ 63-64)
Kapitel X	Übergangs- und Schlußbestimmungen	(§§ 65-68)

Kapitel I**Grundsätze**

- § 1 (1) Das Gesetz bestimmt das Ziel und den Inhalt des Vollzuges der Strafen mit Freiheitsentzug. Es regelt die Durchführung des Vollzuges, die Rechte und Pflichten der Strafgefangenen und die Mitwirkung gesellschaftlicher Kräfte beim Vollzug. Weiterhin legt es die Verantwortung für den Vollzug der Strafen mit Freiheitsentzug sowie die staatsanwaltschaftliche Aufsicht fest.
- (2) Voraussetzung für den Vollzug einer Strafe mit Freiheitsentzug ist eine entsprechende rechtskräftige Entscheidung eines Gerichtes der Deutschen Demokratischen Republik.
- (3) Strafgefangene im Sinne dieses Gesetzes sind durch eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung zu Strafen mit Freiheitsentzug Verurteilte, die zum Vollzug der Strafe in eine Strafvollzugseinrichtung oder in ein Jugendhaus aufgenommen wurden.
- § 2 (1) Inhalt und Gestaltung des Vollzuges der Strafen mit Freiheitsentzug werden durch das humane Wesen des sozialistischen Staates bestimmt. Den Strafgefangenen ist ihre Verantwortung als Mitglieder der Gesellschaft bewußtzumachen. Sie sind zu erziehen, künftig die Gesetze des sozialistischen Staates einzuhalten und ihr Leben verantwortungsbewußt zu gestalten.

Zu Einzelheiten s. a. 1 DB zum StVG vom 7. 4. 1977 (GBl. I S. 118)

(2) Strafgefangene sind unverzüglich nach Aufnahme in eine Strafvollzugseinrichtung oder in ein Jugendhaus ärztlich zu untersuchen. Während des Arbeitseinsatzes ist den Strafgefangenen arbeitsmedizinische Betreuung nach den allgemeinen Rechtsvorschriften zu gewähren.

(3) Bei der Einzelunterbringung und bei der Anwendung der Sicherungsmaßnahme Absonderung oder Unterbringung in Einzelhaft sowie beim Arrest sind die Strafgefangenen unter ärztlicher Kontrolle zu halten.

(4) Die ambulante und stationäre medizinische Betreuung und Behandlung wird durch das medizinische Personal des Strafvollzuges wahrgenommen. Sie wird in den medizinischen Einrichtungen des Strafvollzuges durchgeführt. Bei Notwendigkeit kann sie in anderen staatlichen medizinischen Einrichtungen erfolgen.

§ 46 Körperpflege

Den Strafgefangenen ist die tägliche Körperpflege zu gewährleisten. Für die allgemeine Körperhygiene sind den Strafgefangenen die Körperpflegemittel zur Verfügung zu stellen.

§ 47 Aufenthalt im Freien

(1) Strafgefangenen ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu gewähren, sofern die Witterungsbedingungen das zulassen.

(2) Der Aufenthalt im Freien soll unter Beachtung des Alters und des Gesundheitszustandes der Strafgefangenen gestaltet und mit gymnastischen Übungen verbunden werden. Die Strafgefangenen können sich beim Aufenthalt im Freien zwanglos auf dem dafür vorgesehenen Gelände bewegen und sich unterhalten.

§ 48 Einkauf

In den Strafvollzugseinrichtungen und Jugendhäusern ist den Strafgefangenen der Einkauf von Waren des persönlichen Bedarfs zu ermöglichen. Das Warenangebot muß den Bedingungen des Strafvollzuges entsprechend und den Bedürfnissen der Strafgefangenen angepaßt sein.

Kapitel VII

Aufschub, Unterbrechung, Aussetzung und Beendigung des Vollzuges der Strafen mit Freiheitsentzug

Aufschub des Vollzuges

§ 49 (1) Der Vollzug einer Strafe mit Freiheitsentzug kann auf Antrag eines Verurteilten bis zu 6 Monaten aufgeschoben werden, wenn durch die Verwirklichung ihm oder seiner Familie erhebliche, über den Zweck der Strafe hinausgehende Nachteile entstehen und diese durch den Aufschub des Vollzuges zu beseitigen oder zu mildern sind.

(2) Der Aufschub des Vollzuges kann unbefristet gewährt werden, wenn der Verurteilte wegen einer schweren Erkrankung ärztlicher Behandlung bedarf.

(3) Der Aufschub des Vollzuges hat zu erfolgen, wenn ein Verurteilter geisteskrank geworden ist.

§ 50 Schwangeren ist der Aufschub des Vollzuges zu gewähren. Der Aufschub des Vollzuges ist bis zum Ende des Wochenurlaubs zu gewähren. Er kann verlängert werden, wenn das durch einen Arzt empfohlen wird.

- § 51 (1) Der Aufschub des Vollzuges ist durch den Leiter der Strafvollzugseinrichtung oder des Jugendhauses zu verfügen und zu überwachen. Der zuständige Staatsanwalt ist zu unterrichten.
 (2) Mit der Gewährung des Aufschubes können dem Verurteilten Auflagen erteilt werden, um zu sichern, daß er sich dem Vollzug nicht entzieht. Erfüllt ein Verurteilter diese Auflagen nicht, ist der sofortige Vollzug anzuordnen.

Unterbrechung des Vollzuges

- § 52 (1) Der Vollzug ist zu unterbrechen, wenn
1. der Gesundheitszustand Strafgefangener ständig fremde Hilfe erfordert und die Schwere der Straftat eine Unterbrechung zuläßt,
 2. eine spezielle Diagnostik oder Therapie notwendig ist, die in den medizinischen Einrichtungen des Strafvollzuges nicht durchgeführt werden kann.
- (2) Unter Berücksichtigung der Schwere der Straftat und des noch zu verwirklichenden Teiles der Strafe kann zur Erledigung unaufschiebbarer Angelegenheiten eine Unterbrechung des Vollzuges bis zu einer Woche gewährt werden. Die Unterbrechung kann in Ausnahmefällen verlängert werden, wenn dies zur Erledigung dieser Angelegenheiten erforderlich ist.
- § 53 Schwangeren Strafgefangenen ist eine Unterbrechung des Vollzuges zu gewähren. Sie soll unmittelbar nach der Feststellung der Schwangerschaft erfolgen und bis zum Ende des Wochenurlaubes gewährt werden. Die Unterbrechung des Vollzuges kann verlängert werden, wenn das durch einen Arzt empfohlen wird.

- § 54 (1) Die Unterbrechung des Vollzuges ist durch den Leiter der Strafvollzugseinrichtung bzw. des Jugendhauses anzuordnen und zu überwachen. § 51 Abs. 2 gilt entsprechend.
 (2) Von der Unterbrechung des Vollzuges ist der zuständige Staatsanwalt zu unterrichten.
 (3) Die Zeit der Unterbrechung des Vollzuges wird in der Regel in die Strafzeit einberechnet. Die Entscheidung darüber trifft der Leiter der Strafvollzugseinrichtung bzw. des Jugendhauses. Wird die Unterbrechung des Vollzuges nicht in die Strafzeit einberechnet, ist der zuständige Staatsanwalt unter Mitteilung der Gründe davon in Kenntnis zu setzen.

§ 55 Strafaussetzung auf Bewährung

- (1) Der Staatsanwalt und der Leiter der Strafvollzugseinrichtung bzw. des Jugendhauses haben laufend zu überprüfen, ob unter Berücksichtigung der Straftat, der Persönlichkeit und des Gesamtverhaltens des Strafgefangenen die Voraussetzungen für eine Strafaussetzung auf Bewährung eingetreten sind.
 (2) Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ist dem zuständigen Gericht ein begründeter Antrag zu unterbreiten. Zur Erhöhung der erzieherischen Wirksamkeit der Strafaussetzung auf Bewährung sind bei Notwendigkeit Maßnahmen entsprechend § 45 Abs. 3 des Strafgesetzbuches anzuregen.

Vorbereitung der Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben und Entlassung aus dem Strafvollzug

- § 56 (1) Die Vorbereitung der Wiedereingliederung aus dem Strafvollzug zu Entlassender in das gesellschaftliche Leben hat rechtzeitig zu erfolgen. Durch Einschätzung der während des Vollzuges der Strafe mit Freiheitsentzug erreichten Ergebnisse der Erziehung und der unmittelbar zur Vorbereitung der Wiedereingliederung getroffenen Maßnahmen sind unter aktiver Einbezie-

STRAFPROZESSORDNUNG

(nach Kleinknecht: "Strafprozeßordnung mit Gerichtsverfassungsgesetz und Nebengesetzen")

Vollzugsuntauglichkeit

455 ¹ Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

² Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen ist.

³ Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustand befindet, bei dem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist.

1) 1) Nur von Aufschub der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe handelt § 455, nicht von Strafunterbrechung (BGH 19, 148, 150). Diese ist grundsätzlich Sache der StA (§ 455 a; §§ 45, 46 StVollstrO). Die Entscheidung über den Aufschub ist nicht dem Rechtspfleger übertragen (§ 451). Im Fall des § 458 III kann auch das Gericht eine Anordnung treffen.

2) 2) Vollstreckungshindernisse statuiert § 455 (7 zu § 449). Für die Besorgnis der nahen Lebensgefahr (II) genügt es nicht, daß sich die Möglichkeit nicht ausschließen läßt, die Krankheit werde sich durch den Vollzug der Freiheitsstrafe lebensbedrohlich verschlechtern (Hamm MDR 76, 778); sie setzt vielmehr einen höheren Grad von Wahrscheinlichkeit voraus. Das Vollstreckungsverbot des II gilt auch dann, wenn der Verurteilte selbst die Vollstreckung aus irgendwelchen Gründen wünschen sollte. Bei der Entscheidung nach III beginnt das Vollstreckungshindernis dort, wo die sofortige Vollstreckung „Übermaß“ wäre (Eind 21). Dabei spielt auch die mögliche ärztliche Betreuung in der Vollzugsanstalt eine Rolle (BGH 19, 150).

3) 3) Die Dauer des Aufschubs läßt § 455 (im Gegensatz zu § 456 II) offen. Sie hängt vom Wiedereintritt der Vollzugsuntauglichkeit ab (Wetterich/Hamann 808).

4) 4) Rechtsbehelfe: §§ 458 II, 462 III. Bei Entscheidungen der VollstRBen über Strafunterbrechung, für welche die StPO keine Regelung enthält, gelten die §§ 23 ff EGGVG (Anh A 2; BGH 19, 148; 7 zu § 458; 2 zu § 24 EGGVG).

Vollstreckungsaufschub und -unterbrechung

455 a ¹ Die Vollstreckungsbehörde kann die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe oder einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung aufschieben oder ohne Einwilligung des Gefangenen unterbrechen, wenn dies aus Gründen der Vollzugsorganisation erforderlich ist und überwiegende Gründe der öffentlichen Sicherheit nicht entgegenstehen.

² Kann die Entscheidung der Vollstreckungsbehörde nicht rechtzeitig eingeholt werden, so kann der Anstaltsleiter die Vollstreckung unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 ohne Einwilligung des Gefangenen vorläufig unterbrechen.

1) 1) „Aus Gründen der Vollzugsorganisation“ (I): Die Ermächtigung trägt in erster Linie dem Verbot der Überbelegung der Vollzugsanstalten (§ 146 StVollzG) Rechnung und ergänzt die Verlegungsermächtigung nach § 8 I Nr. 2 StVollzG. Sie kann besondere Bedeutung gewinnen, wenn es notwendig wird, Platz für Gefangene schwererer Kriminalität

Herrn Privatdozent Dr. med. Manfred Stauber
danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Assistenzarzt Dr. med. Koubenec danke
ich für die Betreuung der Arbeit.

Herrn Diplom-Physiker Pachally danke ich für
die Hilfe bei der statistischen Auswertung
dieser Arbeit.

13.o Lebenslauf

Name:	Weingart
Vorname:	Brigitte
Geburtsdatum:	18. Oktober 1951
Geburtsort:	Mayen
Eltern:	Anni Weingart, geb. Diedrich Rudolf Weingart
Kind:	Max Weingart (Geburtsdatum: 11. März 1981 Geburtsort: Berlin)
Schulbesuche:	1957-1962 Grundschule Mayen 1962-1970 Staatliches Neusprachliches Gymnasium Mayen 1970-1972 Käthe-Kollwitz-Schule, Kiel (mathematisch-sozialkund- licher Zweig) Juni 1972 Abitur
Universität:	WS 1972/ Immatrikulation im Fach 1973 Humanmedizin an der Freien Universität, Berlin 1974 Ärztliche Vorprüfung 1975 1. Teil der Ärztlichen Prüfung 1977 2. Teil der Ärztlichen Prüfung 1977/ Praktisches Jahr im Kranken- 1978 haus am Urban, Berlin-Kreuz- berg, Wahlfach: Gynäkologie und Geburtshilfe Okt. 1978 Ärztliche Prüfung Dez. 1978 Approbation
Berufsausübung:	April 1979- Ev. Waldkrankenhaus, Berlin- Sept. 1981 Spandau, Abteilung für Chirurgie

